DE LA

GLOSSITE EXFOLIATRICE

MARGINÉE



Châteauroux. — Typ. et stéréotyp. A. MAJESTÉ.

DE LA

GLOSSITE EXFOLIATRICE

MARGINÉE

PAR

GABRIEL LEMONNIER

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

(MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE)



PARIS

A. DELAHAYE ET LECROSNIER, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1883

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA FAMILLE

A M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Témoignage de reconnaissance

A MES AMIS

DE

LA GLOSSITE EXFOLIATRICE

MARGINÉE

INTRODUCTION

Il y a environ trois mois, M. le professeur Fournier faisait une leçon clinique sur deux malades de son service atteints d'une desquamation de la langue, décrite jusqu'à ce jour sous des noms différents, par les quelques auteurs qui se sont occupés de cette affection.

Quelques jours après, notre cher maître nous montrait à nouveau ces deux malades et nous proposait d'en faire le sujet de notre thèse.

Les recherches bibliographiques sur les maladies linguales dénotent immédiatement la confusion qui existait, il y a quelques années, dans cette partie de la pathologie dermatologique, toutes ou presque toutes étant décrites comme psoriasiques. D'un autre côté, cette affection n'a pas, dans le cadre nosologique des dermatoses, la place qui lui est si légitimement due, et cela pour plusieurs motifs dont les principaux sont : 1° sa rareté ; 2° son caractère indolore qui l'a fait souvent passer inaperçue des malades peu habitués à

s'observer ou qui négligent de consulter pour une affection qui ne les gêne en rien ; 3° enfin, l'erreur de diagnostic bien probablement commise souvent, puisque, aujourd'hui encore, on ne rencontre pas deux médecins qui lui aient donné une même appellation, soit que les uns présument de l'origine ou que les autres se basent sur des symptômes plus ou moins importants.

La diversité non moins grande des opinions relatives à l'étiologie, et l'insuffisance d'un diagnostic différentiel due certainement à cette confusion des affections linguales rendaient le sujet très intéressant et nous engageaient à poursuivre activement nos recherches.

En effet, le psoriasis lingual a été décrit par Bazin, et quelque temps après, au début des études histologiques, par Debove (thèse, 1873). Ce dernier auteur modifiait, il est vrai, un peu les idées de son maître ; mais, somme toute, il les admettait en grande partie. Or, le psoriasis lingual, au fur et à mesure des progrès de la médecine (recherches anatomiques et observations plus attentives), s'est trouvé composé d'une quantité d'affections tout à fait différentes.

Il est devenu aujourd'hui absolument nécessaire, sinon de faire disparaître complètement de la nomenclature dermatologique ce mot de psoriasis lingual, qui, à force d'embrasser trop de choses, sert à entretenir l'incertitude, au moins de le restreindre aux affections des muqueuses qui sont l'analogue du psoriasis de la peau. Il ne comprendra donc plus désormais qu'un nombre extrêmement minime de cas, puisque le psoriasis vrai des muqueuses est tellement

rare que quelques auteurs l'ont nié, du reste à tort.

On avait déjà senti depuis quelques années la nécessité de faire entrer son histoire dans ce qu'on pourrait appeler la période d'analyse. C'est ce qu'ont commencé à faire les travaux de Gubler, Bridou, Vanlair, Caspary, Unna, Parrot, Gautier, Mauriac, Plumbe, Fairlie Clarke, Schwimmer et tout récemment M. Vidal (*Union médicale* 1883).

Quant à la partie syphilitique, elle a été magistralement élucidée par M. Fournier dans ses leçons sur les glossites tertiaires.

Kaposi prétend absolument à tort que ces lésions sont d'origine syphilitique ; tandis que d'autres auteurs prétendent, également à tort, que la syphilis n'y entre absolument pour rien. En résumé, il faut rapporter à chaque cause ses effets, à savoir, que la langue est un des organes les plus fréquemment atteints, depuis l'eczéma jusqu'aux affections tuberculeuses et qu'elles doivent être connues et distinguées par le clinicien.

C'est pourquoi, comme le dit à juste titre M. Barthélemy, le mot psoriasis lingual n'est plus de notre époque ; c'est-à-dire, qu'il doit être restreint aux limites que nous lui avons assignées.

Évidemment la question ainsi posée est beaucoup trop longue pour être étudiée complètement dans un travail de ce genre. Nous ne l'envisagerons que sous une de ses faces, et nous étudierons de préférence la glossite dont les deux malades désignés plus haut sont atteints, nous réservant d'établir avec le plus grand soin le diagnostic différentiel des glossites surperficielles.

Après un aperçu historique aussi complet que possible, nous proposerons la nouvelle dénomination à laquelle s'est arrêté M. Fournier, persuadé qu'on ne peut se contenter de termes vagues pour caractériser une maladie.

Le chapitre de l'étiologie est un des plus importants, en ce sens que des opinions ont été émises qui nécessiteraient l'emploi de traitements spécifiques ; mais l'ensemble des observations publiées dans cette thèse, joint à l'assentiment d'observateurs compétents, réduira l'importance de ces spécificités proposées.

Dans le domaine de l'anatomie pathologique sur laquelle un certain voile plane jusqu'à ce jour, et cela pour plusieurs motifs qui seront indiqués plus tard, deux ordres de recherches sont cependant à signaler : 1° les unes relatives à un examen de l'épithélium ; 2° les autres portant sur l'examen microscopique de toute la muqueuse et faites seulement, je crois, par M. Parrot.

L'ensemble des caractères principaux et de quelques autres moins importants qui s'y adjoignent quelquefois, trouvera sa place au chapitre de la symptomatologie ; et là, l'observation I servant de type clinique, l'examen attentif des symptômes moins importants mais caractéristiques malgré tout de l'affection, démonteront une marche quelquefois un peu différente suivant l'âge ou la constitution des malades.

L'impossibilité presque absolue de suivre la description de la marche de la maladie, fait naître l'idée de présenter quelques schémas de la langue. Une trentaine ont été dessinés afin de faire bien saisir l'état fugace de la maladie.

On trouvera aussi à la fin de cette thèse deux planches en chromo-lithographie qui sont soit la reproduction de moulages dus à l'habileté de MM. Jumelin et Baretta, moulages appartenant à la collection particulière de M. Fournier, soit d'un dessin pris directement sur la malade qui est l'objet de l'observation II.

Enfin, après avoir envisagé les caractères distinctifs de cette glossite et des autres glossites superficielles, nous établirons des déductions pronostiques et thérapeutiques comme corollaire des notions précédemment étudiées.

Il était utile d'étudier à nouveau ce sujet, afin d'apporter dans la description l'esprit analytique nécessaire à toute bonne observation, et, après avoir éliminé tout ce qui ne rentrait pas d'une façon certaine dans cette nosographie, de donner un nom à la maladie.

Nous serons amplement récompensé dans l'avenir, si la clarté que nous nous sommes efforcé d'apporter à notre description peut amener nos successeurs, guidés par de nouvelles recherches et par un ensemble beaucoup plus considérable d'observations sérieusement prises, à une solution exacte de ce problème quant à l'étiologie et à l'anatomie pathologique. La voie sera alors toute tracée au traitement qui, d'empirique et malheureusement sans influence bien nette, pourra devenir rationnel.

Je saisis avec empressement l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui de donner un témoignage public de ma bien sincère reconnaissance et de ma profonde gratitude à mon cher maître, M. Fournier, qui m'a toujours

prodigué ses conseils et ses encouragements avec tant de bienveillance.

Qu'il me soit permis aussi de remercier MM. Besnier, Vidal, Balzer, Lailler et Vulpian pour les conseils et les observations qu'ils m'ont si gracieusement donnés. Je remercie aussi mon excellent ami, le Dr Barthélemy, qui a bien voulu me confier le manuscrit de son dernier travail sur les syphilides qui doit paraître prochainement, ainsi que mon ami Leloir, chef de clinique de M. le professeur Fournier, qui a contribué à faciliter mes recherches.

HISTORIQUE ET NOUVELLE DÉNOMINATION

Comme le fait observer à juste titre M. Gautier[1], l'affection qui nous occupe offre ceci de particulier, que, jusqu'à présent, les auteurs dont elle a attiré l'attention ont paru ignorer les travaux antérieurs, au moins en partie.

Rayer[2], en 1831, a exposé le premier une affection analogue dans son traité des maladies de la peau, sous le nom de *pityriasis lingual*. Quelques lignes seulement servent à la définir.

Vient alors la description de Mœller[3], de Kœnigsberg, en 1851, sous le nom d'*excoriation linguale*. Les observations de ce professeur me paraissent devoir se rapprocher beaucoup plus de l'*intertrigo* de Santlus[4] et du *lichénoïde* de Vanlair malgré les dénégations de ce dernier (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 10 mars 1880, page 233), que de l'affection que je vais décrire.

1. V. Gautier. — *La desquamation épithéliale de la langue.* — Genève, H. Georg, libraire, éditeur. — Chromo-lithographie et planches gravées.

2. Rayer. — *Traités des maladies de la peau*, t. II, p. 167, Paris, 1831.

3. Mœller. — *Klinische Bemerkungen ueber einige Weniger bekannte krankheiten der Zunge*. Deutsche Klinik, Bd. III, S. 272, Berlin, 1851.

4. Santlus. — Journal für Kinderkrankheiten., Bd. XXIII, S. 161, Erlangen, 1854.

Betz[1], de Heilbronn, en 1853, décrit comme Rayer le *pityriasis lingual* et apporte cinq observations à la science.

En 1864, Bergeron[2] dit à la Société médicale des hôpitaux, qu'il a observé depuis plusieurs années cet aspect singulier de la langue *(dessins à contours irréguliers, semblables à des cartes géographiques, qui se montrent sur la langue)* dont il ignore la signification séméiologique et qu'il a vu chez des sujets convalescents, et chez des sujets valides.

Gubler[3], en 1869, consacre une page à la description de l'*état lichénoïde de la langue.* Après avoir fait remarquer qu'il lui donne ce nom, afin de ne rien préjuger de sa nature étiologique, et pour rappeler son analogie d'aspect avec le thallus centrifuge des lichens crustacés appartenant aux genres Lepra, Lecanora, etc., il conclut, malgré ses résultats négatifs, à la présence d'un mycoderme ou d'un autre parasite spécial.

Bridou[4], en 1872, est le premier qui aborde le sujet d'une façon un peu complète. Dans ses recherches bibliographiques il ne remonte pas au delà de Santlus et décrit la lésion sous le nom d'*affection innominée de la muqueuse linguale.* Aidé par les communications orales de Lailler, Barthez, Bergeron, Archambault, il fait un bon exposé des symptômes, et

1. Betz. — *Ueber chronische Exkoriationem auf der Zunge der Kinder.* Journal für Kinderkrankheiten, Bd. XX, S. 190, Erlangen, 1853.

2. Bergeron. — Société médicale des hôpitaux. Séance du 11 mai 1864.

3. Gubler. — Article Bouche du dictionnaire Dechambre. *État lichénoïde de la langue,* 1re série, t. X, p. 234.

4. Bridou. — *Sur une affection innominée de la muqueuse linguale.* Thèse de Paris, 1872, t. 3.

dans ses conclusions il hasarde la nouvelle dénomination d'*état tigré de la langue*.

Alibert[1], interne à l'hôtel-Dieu de Toulouse, dans le service du docteur Labéda, signale la desquamation épithéliale de la langue comme un symptôme assez constant de la syphilis, à la période secondaire.

Dès 1878, M. Gautier[2], à qui nous devons un mémoire sur la *desquamation épithéliale de la langue* (1881), établit un rapprochement entre l'exfoliation de la muqueuse utérine et la desquamation épithéliale. Il distingue trois formes à l'affection qu'il décrit : une première à *découpures nettes ;* la seconde est la *desquamation linguale à contours festonnés*, et la troisième le *lichénoïde lingual*.

La description de cette troisième forme est empruntée au mémoire de Vanlair[3], M. Gautier ne l'ayant jamais rencontrée. Comme le fait remarquer M. Parrot[4] au professeur de Liège, la lésion qu'il décrit et dont il fait en quelque sorte la base de sa monographie ou tout au moins de ses recherches histologiques, diffère de l'affection décrite par MM. Bridou et Parrot par des particularités importantes, et si elle a avec elle quelques traits de ressemblance, il n'y a à cela rien de surprenant puisqu'il s'agit de part et d'autre d'une desquamation linguale. Cette distinc-

1. Alibert. — *Desquamation épithéliale de la langue. Gaz. des hôpit.*, 1875, p. 806.

2. Gautier. — *Loc. cit.*

3. Vanlair. — *Du lichénoïde lingual. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie,* 4e année, janvier et mars 1880, pp. 51 et 227, Paris, planches gravées.

4. Parrot. — Réponse de M. le prof. Parrot à une lettre de M. Vanlair dans le *Progrès médical,* 11 juin 1881, p. 471.

tion étant faite, l'observation trouvera sa place au diagnostic différentiel.

Vanlair publie deux autres observations, dont l'une très incomplète, et consacre un chapitre assez long à la pathogénie ; mais l'impossibilité d'admettre sa première observation m'empêche d'analyser cette partie de son mémoire.

La même année que Vanlair, Caspary [1], dans un discours tenu le 2 février 1880, à la Société de thérapeutique scientifique de Kœnigsberg, décrit les plaques fugaces et bénignes de la muqueuse linguale. Les travaux français précédents lui étaient inconnus. Il rapporte seulement un passage de Schwimmer [2] et un de Vogel [3] ; mais dans la notice de ces deux auteurs, il n'est nullement question de plaques fugaces et de bonne nature. Caspary donne une planche en chromo-lithographie de la lésion et la décrit sur la face inférieure de la langue.

En 1881 M. Parrot [4] fait une clinique, à l'hôpital des enfants, sur la syphilis desquamative de la langue et s'efforce la même année dans une réponse à Vanlair de justifier l'origine syphilitique.

Unna [5] après Caspary et M. Parrot décrit la desqua-

1. Caspary. — *Ueber flüchtige plaques der Zungenschleimhaut.* Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis, 1880, s. 183, avec chromolithographie.

2. Schwimmer. — Die idiopathischen Schleimhautplaques der mundhohle. *Leukoplakia buccalis.* Vierteljahresscb, für dermatologie und syphilis 1877, s. 511 et 1878, s. 53.

3. Vogel. — Handbuche der spec. path. u. Ther. von. Zienssen, Bd. VII, s. 25.

4. Parrot. — *La syphilis desquamative de la langue.* — *Progrès médical* du 12 mars 1881, n° XI.

5. Unna — Ueber Kreisfleckige exfoliation der Hohlhand und der

mation en aires de la langue, qu'il rapproche d'une exfoliation circulaire de la paume de la main en vertu d'idées hypothétiques sur la cause *(trophoné-vrose)*.

Le seul, il divise la maladie en trois stades indépendants les uns des autres et prétend que les taches qui surgissent si rapidement disparaissent tout aussi soudainement, tandis que de pareilles plaques apparaissent sur d'autres points. Il n'existerait pour lui ni migration ni fugacité du liseré. Jamais le rebord ne se déplace. Tout au plus devient-il plus étroit et alors la partie desquamée augmenterait de cette étendue perdue par le liseré. Enfin les taches montreraient une grande prédilection pour des régions linguales nettement limitées.

De tous ces détails, il m'est impossible d'en admettre un seul.

L'état fugace de la maladie est un de ses caractères principaux et il n'y a pas une disparition soudaine d'une circination tandis qu'une plus étendue naîtra aussi rapidement sur un autre point. Cette apparition d'un liseré aussi étendu, comme il s'en produit quelquefois à la fin de chaque évolution, ne pourrait se produire sans attirer l'attention de l'observateur. Les schémas de nos observations I et II pris d'une façon sérieuse relativement aux dimensions et aux distances qui les séparent du raphé médian indiquent suffisamment cette fugacité. Lorsqu'une plaque disparaît en quelque sorte sous nos yeux, et sans avoir atteint

Zunge *(exfoliatio areata palmæ manus et exfoliatio areata linguæ)* Vierteljahrressch. für dermatologie und syphilis 1881, s. 295.

la base de la langue ou la ligne médiane, ce n'est jamais qu'au bout de quelques jours et lorsqu'on a pu suivre quelque temps la migration de son rebord. Que dire de cette idée, que les plaques ont une grande prédilection pour des régions linguales lorsqu'on voit chez la plupart des malades tout un côté envahi et chez les autres tantôt un département tantôt un autre.

Ce que nous venons de dire rend toute réfutation inutile pour cette petite concession que paraissait faire M. Unna à savoir : « qu'un déplacement faible et lent du centre rouge a lieu, il est vrai, quelquefois pendant quelques jours, *mais le bord se rétrécit alors dans la même proportion que le centre s'élargit.* »

Nouvelle dénomination. — Dans sa leçon clinique, M. Fournier [1] disait :

« Après beaucoup d'hésitations sur la dénomination à donner à la maladie, j'ai fini par m'arrêter à celle de *Glossite exfoliatrice marginée.*

» Ces deux derniers qualificatifs me paraissent justifiés, en ce qu'ils traduisent les deux attributs majeurs de la maladie (exfoliation et liseré marginal), sans rien préjuger de sa nature réelle, nature qui du reste est encore bien loin d'être déterminée. »

1. Fournier, *Leçon clinique.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. Balzer, ayant eu l'amabilité d'examiner à plusieurs reprises ce que pouvait donner, comme préparation microscopique, le raclage de la muqueuse linguale tant sur le liseré que sur la partie exfoliée et la partie saine, nous a dicté les renseignements suivants pendant l'examen.

Raclage du liseré. — Les papilles sont recouvertes de filaments et de spores de leptothrix beaucoup moins nombreux qu'à l'époque du premier examen, probablement à cause du traitement. Les spores sont peu nombreuses contrairement aux filaments. Le jour où fut faite la première préparation, le raclage d'une langue saine permit de constater la présence d'une quantité de leptothrix plus considérable. Il y en avait davantage aussi sur les parties saines de la langue.

Si on examine l'épithélium de la partie de la langue qui peut être considérée comme non atteinte sur le même malade, on trouve aussi de petites spores rondes placées dans l'intérieur des cellules et beaucoup plus volumineuses que celles du leptothrix. D'ailleurs le parasitisme est beaucoup plus marqué dans les régions saines que dans les régions desquamées où on ne le rencontre presque pas.

Sur un grand nombre de points, on trouve des papilles dans lesquelles on voit, avec la plus grande netteté, des cellules ayant subi la transformation cavitaire, au point que les noyaux et la plus grande partie du protoplasma ont disparu, et que les cellules sont réduites à leur partie cornée périphérique par laquelle elles restent adhérentes les unes aux autres. C'est ce qui se produit du reste dans toute inflammation épidermique.

Cela indique une lésion inflammatoire de la langue et bien probablement le derme lui-même est enflammé superficiellement. Outre les spores du leptothrix, on trouve des spores elliptiques et rondes, parfois en bissac : il est facile même de distinguer le double contour de quelques-unes.

Ces spores sont analogues à celles que l'on rencontre sur les *langues noires,* mais beaucoup moins nombreuses. On ne peut pas attribuer la desquamation de la langue à leur présence, pas plus qu'à celle du leptothrix.

En résumé, lésion inflammatoire très superficielle de la langue intéressant principalement l'épiderme et probablement aussi la partie la plus superficielle du derme, et dans laquelle le parasitisme n'entre pour rien.

Si la production de papilles filiformes était admissible, dans le court laps de temps que met l'épithelium à se reformer, à mesure que le liseré s'enfuit, je croirais presque à l'atrophie de ces petites papilles, à cause du contraste qui existe souvent entre la partie centrale des plaques et le côté sain, ce dernier ayant une apparence villeuse que n'a pas conservée la

région exfoliée. Il est bien entendu qu'il n'est pas question des papilles nouvellement dépourvues de leur gaine épithéliale, puisque dans une largeur de 2 mm. environ le long du liseré, toutes paraissent en quelque sorte érigées. Je suppose plutôt que la dénudation et l'apparence de dépression au centre de la plaque sont le résultat d'une nouvelle couche d'épithélium, encore imparfaitement développée, limitée par des papilles tout récemment exfoliées, et par un liseré surélevé, comme je l'indiquerai à la description de la lésion.

L'étude de la langue a été faite sur des coupes seulement par M. le professeur Parrot et par M. Martin, chef de son laboratoire. Chez trois sujets, dit M. Parrot il nous a été donné de constater, à quelques nuances près, les même particularités. Sur les coupes, pratiquées perpendiculairement à la surface linguale, il est aisé de voir qu'au niveau des points malades, l'épithélium est tuméfié et plus épais. Les cellules de la ccuche cornée ont augmenté de volume ainsi que celles du corps de Malpighi, qui est, en outre, le siège d'une prolifération cellulaire plus active. Enfin, et j'appelle tout particulièrement votre attention sur ce point : on constate dans les papilles et dans les portions sous-jacentes du derme, autour des vaisseaux, un grand nombre de corpuscules lymphoïdes, disséminés ou en groupe plus ou moins compacts. J'estime que le derme est le siège principal et primitif de l'affection, et que les manifestations superficielles, les seules apparentes durant la vie, sont d'ordre tout à fait secondaire et consécutives.

ÉTIOLOGIE

Observée depuis peu d'années et l'anatomie pathologique n'ayant pu en être faite complètement, nous en verrons plus loin la raison, on reconnaîtrait presque autant de causes diverses de la *glossite exfoliatrice marginée* qu'il y a eu d'auteurs à la signaler.

Bergeron l'a vue se développer chez des sujets valides ou convalescents et suppose qu'elle ne se lie à aucune diathèse.

Gubler prétend qu'elle se transmet aux descendants, note seulement la coïncidence avec des troubles dyspeptiques ou une certaine faiblesse de constitution, et conseille de rechercher le parasite malgré ses résultats négatifs.

La faiblesse accidentelle ou constitutionnelle ainsi que l'hérédité, paraissent plus positives à Bridou comme causes occasionnelles sinon originelles.

La coexistence des troubles dyspeptiques admise par Gubler et Bridou l'est aussi par Barthez, Caspary et Vanlair. Ce dernier nie l'herpétisme comme Gubler et n'ose infirmer l'hérédité, bien qu'il ne l'ait pas rencontrée. Le sexe féminin constituerait une prédisposition manifeste ; mais les sillons plus ou moins profonds qui ont été pris pour un état physiologique spé-

cial de la muqueuse sont peut-être le résultat d'une altération morbide antérieure.

Une cause unique, entièrement spécifique, est alors signalée par M. Parrot dans ses cliniques de 1881, sur la syphilis héréditaire.

La *Glossite exfoliatrice marginée* est-elle une syphilide desquamative ? Si oui :

1° Tous les sujets atteints auront des lésions manifestement syphilitiques et seront nés de parents contaminés ;

2° Il n'y aura pas une exception certaine ; c'est-à-dire, qu'on ne rencontrera pas un malade chez lequel on pourra nier tout accident spécifique héréditaire.

I. — *Tous les sujets atteints ont-ils des lésions manifestement syphilitiques et sont-ils nés de parents contaminés ?*

La statistique de tous les cas cités jusqu'à ce jour a été faite d'une façon très sérieuse par M. Gautier qui trouve sur un total de 64 cas 44 syphilitiques ou possédant des antécédents de famille suspects et 20 cas exempts de tout signe spécifique.

« Peut-être, ajoute l'auteur, pourrait-on alléguer que tous ces cas n'ont pas une valeur égale, n'ayant pas passé sous l'œil exercé du même observateur ; mais, sur les 46 malades de M. Parrot, il y en a cinq chez lesquels lui-même n'a rien trouvé de suspect, et ce fait seul me paraît suffisant pour qu'on puisse en conclure que la desquamation linguale n'est pas une syphilide. Du moment, en effet, où la desquamation linguale à forme festonnée peut exister sans syphilis, c'est qu'elle n'est pas elle-même une syphilide. »

Si nous ne considérons que les malades de M. Par-

rot (31 cas cités d'une part dans le *Progrès médical* du 12 mars 1881, et 15 autres dans le *Progrès médical* du 11 juin 1881), nous trouvons dans les 31 premiers 28 enfants qui portent des marques de syphilis héréditaire et parmi les 15 autres, 13 vérolés, 1 sur lequel les marques manquent de netteté et 1 complètement indemne. M. Parrot ne trouve donc *lui-même,* sur ces 46 malades, que 41 qui portent des traces incontestables de syphilis héréditaire.

Les 31 premiers cas classés au point de vue de l'âge dénotent que l'affection est infiniment plus fréquente de six mois à trois ans que de trois ans à six ans de même que la syphilis héréditaire est plus active à cette période de la vie. Cet argument, qui n'aurait qu'une valeur très secondaire, quand bien même il serait prouvé que c'est l'âge où l'affection est surtout commune, n'a aucune raison d'être en face du peu d'observations acquises à la science jusqu'à ce jour. Il en est de même de l'analogie avec les syphilides en plaques de la peau au point de vue de la tendance à la marche excentrique, la dermatologie nous offrant plusieurs exemples de maladies guérissant du centre à la périphérie.

En résumé, les petits malades des enfants assistés examinés par M. Parrot ne sont pas tous pour lui manifestement syphilitiques héréditaires ; et cependant nous ne doutons pas qu'il n'ait bien recherché la diathèse.

Mais notre réfutation devient beaucoup plus facile lorsque nous envisageons les caractères qui permettent à M. Parrot de ranger ses malades parmi les vérolés. Combien de cliniciens admettent en effet que

le rachitisme ou toutes les lésions dentaires, si bien décrites par Hutchinson, soient nécessairement d'origine diathésique? Nous ne nous tromperons pas en disant fort peu; et certes, le plus grand nombre, ne considérant ces affections que comme dues à des troubles nutritifs, ne rejetteront pas d'emblée la syphilis, mais l'accepteront au plus sur le même pied que l'alimentation défectueuse, un sevrage trop précipité, etc. On oublie aussi peut-être beaucoup trop aujourd'hui les expériences de J. Guérin, citées dans Trousseau, sur les chiens qui, nourris avec de la viande crue, au bout de peu de temps devenaient rachitiques tandis que ceux de la même portée qui continuaient à téter devenaient robustes.

Non certes, il ne suffit pas qu'un enfant rachitique soit né d'un père syphilitique pour que cette vérole si incriminée soit immédiatement cause de tout le mal. Les statistiques entre certains pays humides et pauvres où cette maladie constitutionnelle est peu commune contrairement au rachitisme, nous donneraient encore raison, si on les comparait avec celles de Paris où cette diathèse est malheureusement si fréquente. La cupidité des classes riches ainsi que nos conventions sociales forcent en effet le jeune homme à reculer l'époque du mariage jusqu'au moment où une situation lui permettra de contracter une union dite de raison où il apportera alors en dot le plus souvent une santé affaiblie par la diathèse qui nous occupe. Combien sont fréquentes en effet les causes de transmission de cette maladie à cette époque de la vie où un célibat forcé jette tous les jeunes gens dans des aventures si souvent renouvelées!

En résumé, beaucoup de sujets atteints de *glossite exfoliatrice marginée* n'ont pas de lésions manifestement syphilitiques, et le nombre est plus considérable si l'on ne considère pas le rachitisme comme d'origine spécifique.

II.— *Il n'y aura pas une exception certaine; c'est-à-dire, qu'on ne rencontrera pas un malade chez lequel on pourra nier tout accident spécifique héréditaire.*

M. Fournier s'exprimait ainsi devant nous, relativement à l'étiologie de cette affection linguale :

« En 1876 j'observai pour la première fois une lésion singulière de la langue principalement constituée par une exfoliation que limitait une sorte de bourrelet blanchâtre périphérique. Le malade sur lequel j'observai cette lésion était manifestement syphilitique, et ne présentant d'ailleurs aucun autre trouble de la santé, je crus avoir affaire à une lésion d'ordre syphilitique, et je qualifiai, non sans quelque hésitation, la lésion sus-dite du nom de *glossite secondaire circinée.* Je fis mouler la pièce par notre habile artiste, M. Jumelin, et vous la retrouverez au musée [1] sous le n° 290.

» Plus tard je rencontrai deux cas semblables, et un malheureux concours de circonstances voulut que dans ces deux cas les malades fussent également affectés de syphilis. Dans le premier, il s'agissait d'une malade qui vint à l'hôpital, affectée de divers accidents de syphilis secondaire et qui présentait en outre une glossite exfoliatrice de forme circinée. Dans le second cas, j'avais affaire à un enfant de quatre mois qui ne présentait, il est vrai, aucun signe de syphilis, mais

1. Collection particulière de M. Fournier, n° 290.

qui était le fils d'un malade que j'avais traité quelques années auparavant pour des syphilides tertiaires de la gorge. Ce concours de circonstances me fit penser que ces lésions devaient, dans l'un comme dans l'autre cas, être rapportées à la syphilis.

» Ce fut plus tard seulement, qu'ayant eu l'occasion d'observer d'autres exemples absolument identiques sur des sujets non suspects de syphilis, que je fus forcément conduit à mettre en doute l'influence de la diathèse sur cette lésion. Depuis lors, soit dans cet hôpital, soit en ville, j'ai rencontré plusieurs autres cas du même genre sur des sujets absolument indemnes de diathèse syphilitique; et j'ai pu de la sorte acquérir la conviction formelle que cette lésion, bien que se produisant occasionnellement sur des sujets syphilitiques, ne relève cependant pas de la syphilis. »

Malgré l'autorité d'un maître aussi compétent, et bien que les faits rapportés plus haut ne laissent subsister aucun doute relativement à l'hérédité, je tiens à signaler quatre cas dont trois sont empruntés à des observateurs autorisés et dont un fait l'objet de ma quatrième observation. Il s'agit d'un enfant de 5 ans 1/2 atteint de glossite exfoliatrice marginée depuis le début de la vie. Le père et la mère interrogés séparément m'ont répondu négativement lorsque j'ai recherché sur eux la syphilis ; et, ils l'ont fait, je puis le dire, avec une entière bonne foi, car ils sont entrés dans des confidences qui doivent coûter certes autant que l'aveu de cette maladie. L'enfant cependant, et je tiens à le noter, présentait quelques traces de rachitisme comme l'indique l'observation. C'est en vue de

cette indication que j'ai insisté un peu précédemment sur les manières de voir actuelles relativement au rachitisme.

Le second cas concerne une communication orale que je dois à l'obligèance de M. Vidal. Le fils d'un de ses clients, âgé aujourd'hui de dix-huit ans, présente depuis sa naissance l'affection linguale qui nous occupe. Le père et la mère n'ont jamais présenté de lésions syphilitiques, mais sont arthritiques, ainsi que le fils qui a eu quelques poussées d'eczéma sous les bras. Le grand-père paternel était goutteux.

Unna, qui combat aussi les idées de M. Parrot, cite en terminant, comme preuve que cette lésion n'est pas de nature diathésique, le cas de son enfant atteint à l'âge de onze mois, lui n'étant pas syphilitique.

Enfin, M. Spillmann, agrégé à la faculté de médecine de Nancy, nous disait dernièrement dans le service de M. Fournier que son enfant avait été affecté de cette lésion peu de temps après sa naissance, bien que lui ne fût pas syphilitique. M. Spillmann ayant eu l'amabilité de m'envoyer depuis l'observation, je la publie la cinquième.

Eh quoi ! vous êtes en présence d'une lésion dont tous les petits malades même observés par M. Parrot ne sont pas syphilitiques, et vous voudriez la rattacher à la syphilis ! Vous avez de plus les observations si autorisées de médecins des hôpitaux et de professeurs qui viennent vous dire qu'ils ne sont pas syphilitiques et que leur enfant présente cette desquamation de la langue et vous persisteriez dans votre manière de voir ! Alors, il nous sera permis de croire à une idée préconçue, et cela sera d'autant plus grave que ceux qui

partageront vos opinions, ou les accepteront légèrement pourront soumettre, avec plus ou moins de sagacité, leurs malades à un traitement peut-être dangereux.

C'est grâce aux observations qui m'ont été communiquées, que je suis arrivé à ne pas admettre l'opinion d'un des professeurs les plus éminents de la faculté, et ma conviction faite, à combattre sa doctrine, malgré tout le respect que j'ai pour lui.

Ce qui est admissible, jusqu'à présent, c'est que les syphilitiques, atteints comme les autres et occasionnellement, le sont peut-être en raison de l'irritation produite sur la langue par la diathèse ou même par le traitement.

Une coïncidence admise par Barthez, Gubler, Bridou, Caspary et Vanlair, c'est la coïncidence avec les troubles dyspeptiques. Nous ne nions pas le fait bien que ce mauvais état des voies digestives ne soit pas général.

Quant à ce que M. Gautier appelle la forme accidentelle ou aiguë de la desquamation à découpures nettes, et observée par Bergeron dans une fièvre typhoïde, par Barthez, Caspary et Vanlair chez des sujets atteints de troubles des voies digestives, je me demande si quelquefois la desquamation n'aurait pas été une glossite cachectique absolument différente de la maladie qui nous occupe et dont il sera fait mention au diagnostic.

Les personnes débilitées soit par une prédisposition naturelle, soit par une maladie chronique, soit en convalescence, sont-elles plus prédisposées que les autres à la glossite exfoliatrice ? Pour Gubler, Bridou, Caspary et Gautier, ce dernier pour une forme de l'af-

fection, on peut dire oui. Je rencontre moi-même, sur mes sept observations, trois malades dont l'état général n'est pas très satisfaisant ; mais, ce n'est pas un fait général et il n'y a là encore probablement qu'une coïncidence ou au plus une prédisposition.

Deux observations de Bridou lui font admettre l'hérédité ainsi qu'à Gubler. La femme qui fait le sujet de ma seconde observation me parle de sa mère qui a une affection de la langue qui n'est autre que la langue montagneuse de M. Fournier ou langue scrotale des Lyonnais.

M. Gautier parle d'une communication orale qui lui a été faite relativement à la coïncidence d'oxyures et de lombrics avec la desquamation linguale. Mœller note la même coïncidence avec le tœnia et M. Damaschino [1] prétend qu'elle prédispose au muguet ; mais je ne fais que signaler ces faits, n'ayant dans aucun de ces cas la description de la glossite elle-même.

Enfin, avant d'en arriver à l'opinion d'Unna, je dois rappeler l'hypothèse émise par Gubler, hypothèse d'un parasite que personne n'a pu découvrir malgré des recherches minutieuses.

Unna émet l'hypothèse d'une trophonévrose. Il suit la nomenclature d'Auspitz et prétend que cette affection doit trouver sa place parmi les dermatoses névritiques avec évolution acyclique (Auspitz, *Systèm.* III, 2). On devrait la mettre à côté de l'érythème névritique à forme vésiculeuse et bulleuse comme une forme kératolytique.

1. Damaschino. — *Gazette hebdomadaire* du 16 juillet 1880.

C'est là une hypothèse que rien ne justifie jusqu'à présent. Malheureusement en effet l'examen des nerfs même périphériques ne peut être fait pendant la vie, car si la biopsie (nom si justement donné par M. Besnier à l'excision de lambeaux cutanés sur le vivant) peut être faite sans inconvénient et sans grande douleur pour les malades, il n'en serait pas de même de l'excision d'une muqueuse telle que celle de la langue.

Après des recherches infructueuses dans les travaux de MM. Vulpian [1], Charcot [2], Weir-Mitchell [3], Leloir [4], M. Vulpian a eu l'obligeance de me faire la communication orale suivante relative à ce qui se produit chez le chien après la section du nerf lingual. Les papilles s'atrophient et il se forme des ulcérations gangréneuses dues probablement à des morsures faites par l'animal chez lequel la sensibilité de l'organe n'existe plus. Jamais, même après plusieurs mois, il ne se produit d'ulcérations en dehors de la gangrène.

Existe-t-il une spécificité de la maladie, ou est-elle sous la dépendance de certains états constitutionnels ou de certaines irritations passagères c'est ce que nous ne pouvons affirmer aujourd'hui.

Je signalerai seulement les coïncidences avec :

1° L'usage du tabac et l'alcoolisme (Observations I, II, III).

2° Les accidents nerveux, les émotions morales et le caractère impressionnable (Obs. II, IV, VII).

3° L'herpès, l'eczéma, l'arthritisme (Obs. II, IV, V,

1. Vulpian. — *Leçons sur les vaso-moteurs.*

2. Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, T. I.

3. Weir-Mitchell. — *Lésions des nerfs.* Traduction Dastre. Paris, 1874.

4. Leloir. — *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse*, 1882.

VII, et malade de 18 ans dont M. Vidal m'a rendu compte).

4° Les règles (Obs. II, VII).

5° L'athérome (Obs. III).

6° Troubles des voies digestives (Obs. II, III, IV).

7° Syphilis acquise (Obs. II, III, VI).

A cause du petit nombre d'observations publiées en dehors de la statistique des malades de M. Parrot, nous ne voulons rien dire de l'âge et du sexe des malades.

Enfin, je tiens beaucoup à signaler ce que me rapporte la malade qui fait l'objet de ma septième observation, relativement à l'histoire de ses antécédents.

Le frère de cette femme, conducteur d'omnibus à Paris, fit une chute de voiture en 1876, chute qui occasionna un séjour au lit pendant plusieurs semaines. Pendant sa convalescence, il constata sur la face dorsale de sa langue une affection absolument analogue à celle dont sa sœur est atteinte aujourd'hui. La lésion persiste chez cet homme, elle envahit les deux côtés de la langue contrairement à ce qui se passe chez sa sœur dont le côté droit est seul malade, et c'est bien à la glossite exfoliatrice marginée que l'on a affaire.

Outre cette coïncidence, le père de notre malade, atteint de diarrhée chronique en 1873, remarqua à cette époque des accidents de même nature sur sa langue. Il fut cautérisé chaque jour avec le crayon de nitrate d'argent et la maladie persista malgré tout pendant plusieurs années. Je ne sais pas si la langue est normale aujourd'hui parce que sa fille n'a pas eu de nouvelles de ses parents depuis longtemps.

SYMPTOMES



Les quelques descriptions faites jusqu'à ce jour ne concordent pas d'une façon absolue ; et certes, nous ne croyons pas devoir recommencer ni même accepter la division en plusieurs formes proposée surtout par Gautier et un peu par Vanlair.

Cette classification, loin d'apporter au sujet une certaine netteté, expose le lecteur à confondre les affections desquamatives de la langue qui sont si variées et qu'à peine on commence à distinguer les unes des autres.

La marche la plus rationnelle à suivre, c'est de décrire d'abord un type clinique de la lésion et d'y ajouter les symptômes secondaires ou les diverses variétés de forme, d'autant plus que, chez tous nos malades, nous les verrons tantôt unies, tantôt se remplaçant plus ou moins les unes par les autres.

M. Fournier s'exprimait de la façon suivante dans sa leçon clinique :

« Les caractères objectifs essentiels de la maladie sont les deux suivants :

» 1° Exfoliation linguale ;

» 2° Liseré blanc périphérique.

» Pour l'exfoliation c'est un phénomène commun à nombre d'états morbides de la langue et par lui-même ce signe serait insuffisant à accuser la spécificité de la maladie.

» Mais il n'en est pas de même du bourrelet circonférentiel qui, lui, est presque absolument caractéristique, en raison des particularités suivantes : 1° élevure notable au-dessus des parties périphériques saines ou malades ; 2° coloration blanche ou grisâtre de ce bourrelet (je n'ai pas encore observé cette teinte jaunâtre dont il a été fait mention par quelques auteurs) ; 3° sinuosités de ce bourrelet décrivant parfois des arcades multiples analogues au contour des syphilides circinées en groupe, ou même plus capricieuses en quelques cas et véritablement géographiques.

» Mais ce qui, plus encore que ces deux attributs objectifs, contribue à attester la spécificité de la lésion, c'est un caractère d'évolution. Ce caractère bizarre, étrange, surprenant, c'ést la mobilité du bourrelet périphérique. Si ce n'est d'un jour à l'autre, tout au moins d'une semaine à l'autre, la lésion semble se déplacer, si bien que les arcades situées aujourd'hui sur un point occuperont dans quelques jours un point opposé. La lésion très positivement semble comme ambulante. Du moins, elle est sujette à des variations de forme et d'aspect qui sont, je le répète, absolument surprenantes. »

Afin de compléter cette symptomatologie où se trouvent énoncés les trois caractères principaux, je vais citer maintenant ma première observation qui se rapproche le plus de ce que j'appellerai le type clinique de la maladie, tout au moins chez l'adulte, certains

caractères étant un peu moins accusés chez l'enfant, comme cela sera indiqué plus tard.

Observation I (Personnelle). Voir Schémas et Pl. II, fig. 1 et 2.

Le nommé B..., Louis, âgé de 25 ans, est entré le 26 février dans le service de M. Fournier.

Antécédents indirects. — Le père et la mère existent encore ainsi que sept frères ou sœurs qui sont tous bien portants. Aux questions posées en ce qui concerne le rhumatisme, les névroses, la syphilis, la scrofule, les dermatoses relativement aux membres de sa famille, les réponses sont toutes négatives. Un de ses frères a eu mal aux yeux dans l'enfance.

Antécédents directs. — Aucune maladie aiguë jusqu'à ce jour : pas plus de migraines, de rhumatismes, de névroses. Ne tousse pas et n'a éprouvé ni traumatisme de la langue ni émotions vives. Pas de syphilis ; une blennorrhagie seulement.

Quelques croûtes dans les cheveux pendant son enfance et poussées d'eczéma derrière les oreilles jusqu'à l'âge de neuf ans.

Le malade accuse en outre des furoncles énormes dans son jeune âge et un il y a deux ans dont il porte les cicatrices.

Il a remarqué la lésion actuelle il y a dix-huit mois environ, lésion qui débuta par le bord latéral droit. A ce moment le malade fumait un peu, mais très peu, une ou deux cigarettes par jour ; mais en revanche il buvait beaucoup ; au minimum trois chopines de vin et quatre ou cinq verres d'alcool. Il ne fume plus maintenant.

Pendant ces deux années, il y a eu des périodes pendant lesquelles la langue paraissait presque saine ; mais on voyait bientôt la lésion débuter à nouveau sous forme d'un petit point blanc qui s'étendait progressivement. De plus, à certains intervalles, le bord de la langue était à vif.

État actuel. — Bien que de taille moyenne, cet homme est bien musclé et paraît doué d'une constitution assez robuste.

Ses dents, *dont pas une n'est cariée*, présentent du côté droit une coloration noire à la suite de nombreuses cautérisations au nitrate d'argent que le malade a faites sur ses gencives et sur sa langue. Les dents sont bien rangées, ne présentent aucune altération ; mais les molaires inférieures et supérieures droites sont un peu usées comme des dents de ruminants.

Sur la partie moyenne et un peu postérieure du bord latéral droit de la langue existe une lésion superficielle constituée par une plaque ovalaire, à grand axe longitudinal, à petit axe vertical, sur laquelle la couche supérieure de l'épithélium lingual semble manquer totalement ; de telle sorte qu'on voit les papilles de la langue comme exfoliées. Deux papilles fongiformes sont bien visibles sur cette lésion. Cette plaque est limitée par un bord assez net, sinueux, mais décrivant, d'une façon générale, presque les 3/4 d'une circonférence. Ce liseré est constitué par une petite bordure blanche dont la limite externe est très-nette et dont la limite interne (vers le centre de la plaque) est moins régulière. Il paraît constitué par une série de petites papilles recouvertes de cette matière blanche et agglutinées en quelque sorte de manière à constituer la bordure. La largeur de cette bordure, un peu variable, est en moyenne de 1 mm. environ. Cette première circination a sa concavité dirigée en bas, et vers la partie inférieure du bord externe on voit un tout petit point blanchâtre formant déjà une petite sinuosité à concavité dirigée en haut.

A un centimètre environ, en avant de la partie antérieure de la circonférence décrite, se trouve un second liseré commençant, vers la partie inférieure du bord latéral droit, par une ligne blanchâtre excessivement fine qui se dirige d'abord en avant et légèrement en haut dans l'espace de 6 à 8 mm. ; puis elle s'élargit, se dirige directement en haut le long du bord latéral de la langue et de là en arrière sur la face supérieure tout près du bord latéral. Ce liseré s'interrompt un peu en avant de la partie postérieure du premier auquel il est réuni par un tout petit feston. Le plus grand liseré reparaît alors à 8 mm. environ plus loin et décrit en ce point une petite sinuosité à concavité dirigée en avant. Les papilles du

bourrelet semblent revêtues à leur sommet d'une sorte de gaîne blanchâtre et même un peu grisâtre. Quand on passe le doigt sur la langue on sent en effet une sorte de relief qui est beaucoup plus appréciable à la vue.

Entre la seconde circination et le bord latéral de la langue, il en existe une troisième, concentrique aux deux premières, et qui, commençant et finissant au bord latéral, décrit une courbe à concavité dirigée vers ce bord. Tous les espaces compris entre ces liserés, à partir du plus grand, présentent un aspect desquamé, l'épiderme est luisant, brillant quand on tend les parties. Les papilles qui limitent le grand liseré, du côté malade, paraissent comme érigées et sont complètement privées de leur gaîne. A mesure qu'on s'éloigne des rebords, les papilles sont moins rouges et on passe par une série de nuances sans transition brusque, à cause de la rapidité avec laquelle l'épithélium se reforme. Les parties comprises entre le troisième lisere et le bord de la langue ayant été atteintes successivement par les trois liserés et dans un court laps de temps, paraissent privées beaucoup plus que les autres des papilles filiformes.

Les papilles fongiformes en quinconce font une saillie notable sur ce fond et tout contre la bordure blanchâtre circinée, le derme lingual est rouge, comme excorié, bien qu'il n'y ait pas d'ulcération.

L'État du malade que nous décrivons aujourd'hui est le même que celui qu'il présentait à une évolution suivante lorsque M. Jumelin moula sa langue. La figure 1 de la planche II est un dessin de ce moulage.

Il n'existe pas de ganglions sous-maxillaires et le malade ne présente aucune autre affection dermatologique ou autre.

Sur le bord latéral gauche de la langue, c'est-à-dire du côté sain, l'empreinte des dents existe et sur le bord latéral droit on aperçoit une série de petites scissures.

Les sécrétions des glandes salivaires et de l'urine ne sont pas modifiées.

La salive est toujours légèrement alcaline et ne rougit pas

le papier bleu de tournesol, tandis que l'urine est acide et ne contient ni albumine ni sucre.

La transpiration n'est pas exagérée.

Si l'on examine la sensibilité tactile et gustative de la langue, on trouve :

1° Pour la sensibilité tactile recherchée mécaniquement avec une épingle : — Sensation un peu plus forte du côté dépapillé.

L'ammoniaque coupé avec 3/4 d'eau distillée. — Perception plus rapide, mais d'égale intensité.

Le froid et le chaud ne gênent ni d'un côté ni de l'autre.

2° Pour la sensibilité gustative :

Poudre de sucre donne le même résultat à droite et à gauche.

Solution légère de sulfate de quinine. — Le malade reconnaît la saveur amère d'une façon égale.

Acide acétique étendu. — Suppose que l'intensité est la même, mais le côté exfolié est beaucoup plus rapidement impressionné.

Chloroforme. — Sensation plus forte du côté exfolié.

Sel et poivre. — Perception peu nette des deux côtés.

Comme traitement, le malade est soumis à la tisane de houblon avec sirop de gentiane et chaque jour 5 gouttes de liqueur de Fowler.

Le 23 *mars*. — M. Fournier conseille le gargarisme suivant :

Fleur de soufre.	4 gr.
Sirop de mûres.	60 gr.
Eau.	200 gr.

Le 4 *avril*. — Il est très facile de suivre sur les schémas de ces quatre derniers jours la tendance de la grande circination à gagner la ligne médiane et la partie postérieure de la langue où il est très difficile de la suivre complètement. J'ai indiqué ce liseré, à partir d'aujourd'hui, par un double trait, qui n'est pas ombré pour le motif suivant. L'exfoliation voisine a presque totalement disparu ; l'épithélium commence à se développer, et le bourrelet a repris la teinte du côté sain. Il est caractérisé seulement par une sorte de pullulation épi-

théliale que l'on supposerait due à une légère hypertrophie des papilles filiformes.

Le 9 *avril.* — Le grand li-eré n'existe plus et s'est arrêté à la ligne médiane, mais une petite circination nouvelle à bord jaune est visible sur le bord latéral droit et c'est bien probablement le début d'une nouvelle évolution.

Le 12 *avril.* — Le 10 la lésion suivait une marche analogue aux phases précédentes; mais, hier et aujourd'hui, il paraît y avoir en quelque sorte un arrêt de développement Le rebord est moins saillant, presque au niveau de l'épithélium du côté sain et ne tranche avec la partie qui vient d'être desquamée que par une élévation due surtout à ce que l'épithélium de nouvelle formation n'a pas encore acquis tout son développement. L'exfoliation qui accompagne toujours le bourrelet n'existe aussi que sur peu de points.

Le 23 *avril.* — Enfin le malade est soumis depuis le 15 à de légères cautérisations avec une solution phéniquée au vingtième qui ne paraît pas agir plus que les topiques employés précédemment.

Description clinique.— La glossite exfoliatrice marginée présente trois symptômes essentiels, le liseré périphérique, l'exfoliation et le caractère nomade. De ces trois symptômes principaux, celui qui frappe tout d'abord l'œil de l'observateur, c'est le liseré.

Cette dénomination ainsi que celle de bourrelet que je lui ai donnée dans cet ouvrage ne sont pas complètement exactes, l'expression de liseré étant au-dessous de la vérité et celle de bourrelet ne caractérisant pas d'une façon absolue ce feston ou contour géographique qui limite d'un côté la muqueuse à l'état normal et de l'autre la partie où les papilles sont dépourvues d'épithélium et comme érigées plutôt qu'hypertrophiées. Je conserverai cependant ce mot de liseré que je préfère aux expressions de festons,

contours géographiques, arcs de cercle, circinations, etc., puisqu'il existe une sorte de pullulation épithéliale et d'élevure notable même par rapport au côté sain. Cela ressemble en quelque sorte aux rebords saillants qui se trouvent situés de chaque côté d'un sillon, tracé légèrement sur un sable fin avec l'extrémité d'une canne ou aux petites ondulations qui se forment à la surface d'une nappe d'eau, sur laquelle on aurait jeté un petit corps pesant.

Mais, où et comment se développe ce liseré ? Chez notre malade le point de départ avait toujours lieu sur le bord latéral droit de la langue, à trois ou quatre centimètres de la pointe. D'une façon générale, la lésion débute soit vers la pointe, soit vers un des bords.

Au point de départ, ce que l'on aperçoit d'une façon nette, c'est tantôt un petit cercle régulier dont le liseré, c'est-à dire la circonférence du cercle est déjà visible par son élevure et sa coloration, tantôt un arc de cercle très petit avec exfoliation le long du rebord concave, le point de départ ayant échappé à l'œil du clinicien. Cette petite circonférence, le plus communément, n'a que 4 ou 5 millimètres de diamètre au plus et 1 à 1 millimètre et demi au moins avant que les papilles ne soient privées de leur gaine épithéliale ; et jamais ou presque jamais la régularité circonférentielle ne se voit deux jours de suite. Le cercle se convertit en arc de cercle assurément pour les deux motifs qui suivent :

1° Tendance de la convexité des circinations à fuir vers la ligne médiane et vers la partie postérieure de la langue ;

2° Deux ou plusieurs petites circonférences voisines se coupent et forment alors ce que Bridou comparait aux festons d'une broderie ; à moins que cependant, la muqueuse venant à manquer, puisque la lésion ne se prolonge pas au delà des bords et n'envahit pas la face inférieure, le liseré ne s'ouvre de ce côté et se convertisse en arc de cercle qui va s'étendre vers les deux points indiqués.

La concavité de ces liserés est tournée vers les bords ou vers la pointe et on les voit fuir sinon d'heure en heure tout au moins d'un jour à l'autre.

La partie de la muqueuse, située du côté malade, est desquamée et les cellules ont perdu leur gaine épithéliale. Le bord a un aspect granuleux, mais, comme l'épithélium se forme avec une très grande rapidité, la couleur rouge n'est bien prononcée que sur une largeur relativement minime et c'est sans transition bien brusque qu'on passe d'une nuance à une autre, depuis le rouge vif jusqu'à la teinte plus ou moins blanchâtre qu'on retrouve du côté sain. Je dis plus ou moins blanchâtre, parce que chaque phase durant peu de jours, et souvent de nouveaux liserés se produisant avant que le plus grand ait complètement évolué, il est facile d'admettre que l'aspect de la muqueuse est plus lisse vers la concavité. Les papilles filiformes qui bordent le liseré paraissent allongées en forme de villosités.

L'intérieur d'une petite circonférence doit se desquamer de la même façon que l'épiderme cutané après une irritation, c'est-à-dire par parcelle, et chaque évolution a lieu dans une période de huit à quinze jours environ.

Arrivé au raphé médian, le plus souvent le liseré s'arrête et, une fois là, l'élevure s'affaisse peu à peu, jusqu'à ce qu'il soit au même niveau que l'épithélium du côté sain. En même temps la couleur rouge disparaît près des bords de ce bourrelet affaissé.

On peut constater sur la planche II jusqu'à trois circinations concentriques les unes aux autres, et j'ai observé deux fois cet état.

Rarement la langue devient tout à fait normale et chez mon malade je ne l'ai jamais vue.

Il n'existe pas de sécrétion morbide.

Enfin, la couleur du liseré varie du blanc argenté que présente quelquefois la muqueuse linguale au jaune plus ou moins foncé en passant par les nuances blanchâtres, jaune diaphane, etc. Chez le sujet qui fait l'objet de l'observation I, elle était ordinairement jaune au début et vers la fin elle reprenait la couleur de l'épithélium.

Les sensibilités tactiles et gustatives ne sont pas modifiées et tout ce que je puis signaler, c'est une perception plus rapide, surtout pour les acides, du côté exfolié que du côté sain. L'affection est indolore et il n'existe pas de mauvaise odeur de la bouche.

Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas augmentés de volume.

Variétés diverses. — La division naîtra tout naturellement des modifications qui se présentent dans les principaux symptômes.

I. — Dans une première variété le liseré est quelquefois peu appréciable et cela pour quelques heures seulement, soit qu'il n'existe nulle part et on a la

desquamation linguale à découpures nettes et géographiques de M. Gautier, soit qu'il existe en même temps sur un point tout en faisant défaut sur un autre.

II. — Dans une seconde variété, les deux côtés de la langue peuvent être envahis et cela de deux façons différentes :

1° Début d'un côté et marche envahissante vers l'autre ;

2° Début sur les deux côtés en même temps.

J'ai pu observer sur l'enfant qui fait l'objet de ma 4e observation ce caractère spécial d'une lésion commençant à droite et évoluant vers le côté gauche pour ne s'arrêter qu'à ce bord. Chez ce jeune sujet j'ai aussi remarqué une fois, le liséré sans élevure bien notable, les autres symptômes objectifs étant les mêmes.

Dans mes deux observations, II et III, prises sur des sujets cachectiques, on remarquera au contraire à chaque évolution que les deux côtés de la langue sont pris en même temps. Les schémas permettent à diverses reprises de suivre plus ou moins longtemps plusieurs liserés ayant débuté un peu partout et quelquefois subissant comme un arrêt de développement, c'est-à-dire s'affaissant et disparaissant sur place.

Enfin, j'ai rencontré sur un enfant une odeur fade de la bouche lorsque la langue est le plus malade et chez la femme des poussées subaiguës au moment des règles.

La face inférieure de la langue est presque con-

stamment prise aussi chez la malade dont je parle dans mon observation II.

OBSERVATION II (personnelle). Voir schémas et pl. I, fig. 1 et 2.

Je place en tête de cette observation une note, prise en 1876, que M. Fournier a l'obligeance de me communiquer.

La nommée T..., âgée de 33 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, 24, le 10 juin 1876.

Cette femme a un aspect éminemment scrofuleux. Dans son enfance elle a eu pendant longtemps un écoulement par les oreilles.

Le début de la syphilis semble remonter à un an. A cette époque elle eut une roséole, des adénopathies et des maux de gorge, et fut soignée à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gérin Roze, qui lui prescrivit la liqueur de Van Swieten.

Actuellement, elle présente sur tout le corps et surtout au niveau des hanches et sur les cuisses une éruption constituée par de larges macules arrondies, d'une coloration rose gris, mesurant environ l'étendue d'une pièce de 2 francs. Quelques-unes sont plus pâles, en partie effacées.

Adénopathie inguinale très marquée; région génitale saine.

Rien dans la gorge ni sur la langue.

En outre, la malade présente à la partie externe du bras gauche une éruption consistant en cinq ou six boutons disposés en cercle.

Algidité des extrémités. Syphilide pigmentaire caractéristique. Pouls petit et faible filant sous le doigt.

Traitement. — 1 pilule protoiodure de 0,05 centigr.

Les traces de l'éruption maculeuse ont complètement disparu vers la fin du mois de juin ; mais, à la même époque, de nouveaux accidents sont apparus du côté de la langue. Une partie de la face dorsale de cet organe s'est desquamée et il s'est formé des plaques à contours arrondis, surélevés, et formés de segments de cercles.

On prescrivit un collutoire et un gargarisme au chlorate de potasse.

Au commencement du mois d'août, la langue est presque complètement guérie et la malade sort de l'hôpital.

Le diagnostic porté à cette époque était : *Roséole ancienne, glossite secondaire, syphilide pigmentaire.* Sa langue fut moulée.

Cette malade rentre le 24 février 1883, salle Henri IV, lit n° 1, service de M. le professeur Fournier.

Antécédents indirects. — Le père et la mère existent encore. Le père, âgé de 70 ans, jouit d'une bonne santé et aurait seulement à une jambe des varices qui quelquefois formeraient ulcère. La mere, comme beaucoup de membres de sa famille, a un embonpoint exagéré et est atteinte de douleurs articulaires, particulièrement aux genoux, de migraines et de maux d'yeux. Cette dame a eu cinq grossesses à terme : un enfant était mort-né, deux autres morts vers l'âge de un an et le quatrième, qui était un frère de notre malade, est mort fou, à 38 ans, il y a deux ans. Un frère du père s'est suicidé et un frère de la mère est mort fou. Une sœur de la mère, morte à 40 ans, était idiote.

La mère a une langue dite langue montagneuse par M. Fournier et langue scrotale des Lyonnais. Elle m'a dit l'avoir toujours vue dans cet état et prétend que son père avait une langue pareille.

Antécédents directs. — Jusqu'à l'âge de 14 ans, la malade a eu la rougeole, des diarrhées continuelles, des abcès derrière les oreilles surtout à gauche et dont on voit les cicatrices, du scorbut (?), et presque chaque année, de sept à quatorze, une fluxion de poitrine.

N'a jamais craché le sang et ne tousse plus.

A 14 ans, fréquentes crises nerveuses (jusqu'à 5 ou 6 chaque jour), ce qui obligea les parents à ne pas laisser leur fille apprendre la couture. La crise était précédée de sensation de fatigue dans les membres, de dyspnée, de sensation de boule hystérique. Il n'y avait pas de perte de connaissance, la fatigue persistait après la crise et la malade conservait le souvenir de ce qui s'était passé, sans toutefois parler pendant, les muscles de la face étant contracturés. Soignée avec de la valériane et de l'éther.

Ces attaques disparurent à 16 ans, lorsque les règles s'établirent. Après la première apparition, il y eut une interruption d'un an avant qu'il y eût régularité. Elles n'ont jamais duré plus d'un jour et sont indolores et très-peu abondantes.

Mariée à 19 ans avec un bon état de santé apparent. Sept grossesses dont six à terme et une à sept mois dans une période de dix ans. Les trois premiers enfants sont venus à terme et vivent encore. Lorsque la malade était enceinte de sept mois, à sa première grossesse, elle paraît avoir eu une vaginite contractée avec son mari. Les grandes lèvres étaient œdématiées, le linge était taché, et des injections lui furent conseillées. Ni boutons ni taches sur la peau à cette époque. Ce qu'elle nous dit de son mari nous fait penser plutôt à la blennorrhagie qu'à la syphilis, celui-ci étant soumis aux injections et n'ayant aucune éruption. L'enfant a été atteint d'une affection des yeux (ophtalmie probablement) qui a duré trois mois. Les yeux étaient très-tuméfiés et les paupières étaient collées par du pus qui s'écoulait lorsqu'on les ouvrait. Le second enfant est idiot et était atteint d'un pied bot des deux côtés. Ces trois enfants ont eu, à des époques diverses, une chute des cheveux causée, dit la malade, par la pelade ou la teigne. Les cheveux, du reste, ont poussé à nouveau. Le quatrième, à sept mois, s'est présenté par le siège, et les trois derniers, à terme, n'ont vécu que quelques jours.

Entre le 5e et le 6e enfant cette femme a eu une extinction de voix qui a duré trois mois.

Pendant la guerre péritonite non puerpérale et érysipèle. La malade pendant ces dix années à vécu à Rouen où elle n'exerçait ni la profession de cigarière ni celle de blanchisseuse.

En 1873, entrée à Beaujon pour plusieurs abcès au cou, précédés d'une surdité complète qui a duré environ 1 mois 1/2 ou 2 mois. L'affection de l'oreille débuta par de très forts bourdonnements et il n'y eut pas d'écoulement. On lui fit des frictions à l'onguent napolitain à cause d'une petite tumeur qui donnait la sensation d'une boule et siégeait dans la région du tibia.

Névralgies très fortes depuis 1873 par intervalle. Depuis le mois d'août dernier, ces névralgies se font sentir presque chaque jour de 2 heures à 4 heures de l'après-midi et principalement la nuit dans la région frontale. Insomnies très accusées de 11 heures du soir à 4 heures du matin.

Je crois devoir noter ici que la malade a toujours fait un abus considérable de café souvent additionné d'eau-de-vie (60 centimes au moins chaque matin) ; et de plus elle fume depuis son mariage, autrefois la pipe et actuellement le cigare.

En dehors des névralgies, ni chorée ni coliques hépatiques ou néphrétiques ni rhumatisme ; en revanche beaucoup d'émotions morales.

Actuellement, cette femme prétend qu'elle n'a jamais beaucoup observé sa langue même depuis sa sortie de chez M. Fournier en 1876. Cependant, elle croit pouvoir affirmer que depuis le mois d'août, moment où une légère sensation de gêne et de gonflement s'est fait sentir, ce qu'elle appelle les dessins sont plus apparents pendant les quelques jours qui précèdent les règles.

La partie antérieure de la langue est sillonnée de nombreuses fissures peu profondes. Loin d'avoir une salivation exagérée, il y a plutôt un peu de sécheresse qui donne la sensation d'une langue empesée à la base, comme nous le dit la malade.

Tremblement fibrillaire de la langue, pas d'hypertrophie des papilles ; pas d'empreintes des dents.

Aux maxillaires supérieures il n'y a plus de petites molaires, mais seulement deux grosses de chaque côté.

Au maxillaire inférieur, absence complète de molaires, petites ou grosses, sauf les racines de la première petite molaire à droite et à gauche.

Depuis huit jours poux de tête et lentes nombreuses dans les cheveux.

Blépharite des deux yeux.

Lésions eczémateuses au pli du coude.

Lésions de grattage sur tout le corps.

Érosion superficielle sur la petite lèvre gauche — col gros, érosion autour de l'orifice.

Rien sur les tibias. N'a jamais craché de sang, ne tousse pas.

Respiration très rude, soufflante avec quelques petits râles secs de temps à autre au sommet droit en arrière. Submatité à droite et en arrière.

Glossite exfoliatrice marginée.

Traitement. — KI-4 gr. Vin de gentiane. — B. sulfureux.

25 *mars.* — On remarque pour la seconde fois, sur la face inférieure de la langue, une plaque assez développée à bords festonnés, dont la partie comprise entre les bords est rouge, et qui, si l'on fait abstraction de l'irrégularité et des contours géographiques, présenterait une longueur de 2 cent. 1/2 environ sur une largeur variant de 4 à 6 mm. Cette configuration occupe la face inférieure du côté gauche et se dirige très légèrement de dedans en dehors et surtout d'arrière en avant. Elle est plus rapprochée du bord que de la ligne médiane.

Les urines n'ont pas augmenté comme quantité et ne contiennent ni sucre ni albumine.

Gargarisme au chlorate de potasse depuis 8 jours.

Depuis 5 jours KI-1 gr. et KBr-1 gr. — sirop d'iodure de fer.

Depuis 12 jours, sulfate de quinine de 0,50 cent. à 1 gr.

31 *mars.* — Depuis deux jours tous les symptômes objectifs (liseré, exfoliation et fugacité) sont plus accusés. Les règles apparaissent et ne durent que la journée, toujours aussi peu abondantes.

2 *avril.* — Sensation de picotement à l'extrémité antérieure de la langue. Nous voyons pour la 3e ou 4e fois seulement, chez cette malade, le liseré perdre sa couleur blanchâtre et devenir légèrement jaune, en un point, sur le côté gauche de la langue, là où un nouveau cercle de 4 ou 5 mm. de diamètre se trouve formé d'une façon presque régulière. Ce reflet jaunâtre, comme les autres symptômes de la maladie, a toujours été moins accusé que chez le malade qui fait l'objet de l'observation I. Un caractère différentiel très marqué,

comme l'indiquent les schémas de ces deux observations, c'est que chez l'un les plaques n'ont envahi qu'une seule fois le côté gauche, en avant du V lingual et sont toujours restées localisées à droite du raphé médian, tandis que chez la femme non seulement le point de départ des différentes circinations a lieu des deux côtés à la fois ; mais encore le même liseré passe très bien sur le raphé pour se continuer de l'autre côté.

3 *avril.* — Peu de modifications. La fugacité est moins prononcée et le liseré est légèrement jaunâtre en certains points.

5 *avril.* — Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

Il existe un bruit de souffle anémique au 1er temps et à la base du cœur ainsi que dans les vaisseaux du cou.

L'appétit est un peu capricieux et en général peu développé. Il existe un dégoût prononcé pour la *viande*. Quelques vomissements se produisirent le lendemain d'un traitement à la liqueur de Van Swieten auquel elle fut soumise au mois de janvier, c'est à-dire, un mois avant son entrée à l'hôpital. Quelques diarrhées coïncidèrent aussi avec un traitement à KI-2 gr. qui suivit.

Il n'existe pas de fétidité de l'haleine.

A l'examen des sensibilités tactile et gustative on trouve :

1° Pour la sensibilité tactile recherchée :

Avec le compas — sensation un peu plus vive aux endroits exfoliés, l'ammoniaque étendu — même sensibilité, le froid et le chaud n'apportent aucune gêne.

Les fromages un peu durs ainsi que les noisettes donnent la sensation d'ampoule à la langue ;

2° Pour la sensibilité gustative recherchée avec l'eau sucrée, une solution légère de sulfate de quinine, de l'acide acétique étendu, il n'y a pas de différences sensibles et la malade reconnaît très bien toutes ces substances.

9 *avril.* — En dehors des points malades, l'épithélium a sa couleur normale et est complètement reformé. Il existe toujours une exfoliation à la partie inférieure de la langue du côté gauche, exfoliation qui a débuté il y a trois jours.

12 *avril.* — Depuis le 9 le développement n'a pas continué. Loin de là, l'amélioration s'est faite sur place et en ce qui concerne la grande circination du 9, le liseré s'est affaissé, la couleur est moins jaune et il n'y a plus d'exfoliation des papilles qui le bordent ; mais sur un ou deux points, vers le tiers inférieur, apparaissent quelques nouvelles plaques encore très petites. Nous observons aussi, et aujourd'hui seulement pour la 1re fois, à l'aide de la loupe, tout à fait à la pointe de la langue, une grande quantité de petits points gros comme la pointe d'une épingle. Ces petits points sont rouges, non vésiculeux, et certainement deux ou trois doubles au moins des premiers sont entourés d'un anneau d'une couleur un peu citrine. Le lendemain il existait une plaque à cet endroit.

Jusqu'à l'époque des nouvelles règles, il ne se fit pas de poussées.

Observation III (Personnelle). Voir les schémas.

Le nommé D... L..., commissionnaire, est entré le 25 janvier à l'hôpital Saint-Louis, dans les Baraques, lit 32, service de M. Balzer.

Dans les antécédents directs de ce malade, on ne trouve aucune maladie aiguë, ni rhumatisme, ni affection du système nerveux. Gourme seulement dans l'enfance.

Il y a huit ans environ, chancre induré soigné à Lariboisière avec de l'iodure de potassium que le malade a dû prendre pendant peu de temps et d'une façon irrégulière. Je ne puis relever aucun accident secondaire (roséole, maux de gorge, alopécie, etc.), bien que cet homme réponde d'une façon assez intelligente.

Ni sillons, ni empreintes des dents sur la langue.

Le malade fumait bien 100 grammes de tabac chaque jour et buvait beaucoup, souvent même jusqu'à l'ivresse. Il chique maintenant.

L'appétit est presque totalement perdu depuis plusieurs années.

Ce malade a cinq enfants très bien portants et n'en a perdu qu'un âgé de vingt-huit mois.

Rien à noter dans les antécédents indirects. Il n'a connu qu'une maladie chez les membres de sa famille ; c'était une fièvre typhoïde, dont sa plus jeune fille a été atteinte.

Les sensibilités tactile et gustative ne sont modifiées ni avec le compas, l'ammoniaque étendu, la solution de sulfate de quinine, l'acide acétique étendu. Les boissons froides ou chaudes ne le gênent en rien.

L'haleine n'est pas fétide. La salive a une réaction alcaline.

L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Est entré dans un état complet d'ivresse et probablement au moment d'une crise de *delirium tremens*.

Rien aux viscères. Artères très athéromateuses.

Pas de ganglions sous-maxillaires.

Le diagnostic de la maladie pour laquelle cet homme entra à l'hôpital est très difficile.

Avait-il des engelures ou de la gangrène sénile, c'est ce qu'il était presque impossible de dire. Aujourd'hui il conserve une ulcération au talon gauche et une près de la tête du premier métatarsien droit. Ces deux ulcérations tendent à la cicatrisation. Il existe en outre un léger degré de sclérodermie.

Observation IV (personnelle). — Je dois à l'amabilité de M. Vidal d'avoir connu ce petit malade de la ville.

Le jeune A... est atteint de glossite exfoliatrice marginée.

Je me suis rendu chez les parents de ce petit enfant âgé de 5 ans 1/2, et j'ai pu constater que sa langue présentait, le 10 avril, sur le côté gauche de la face dorsale, une légère exfoliation. Cette desquamation est limitée par un liseré légèrement surélevé. Elle a une longueur de 2 cent. environ sur une largeur de 5 à 6 mm., à contours un peu circinés, et se dirige obliquement d'avant en arrière et de dehors en dedans.

L'enfant allaité incomplètement par la mère pendant 16 mois, sous prétexte que le lait n'était pas assez riche, a eu de nombreuses diarrhées pendant la première année de sa vie et était sujet aux convulsions. Il a été atteint d'impétigo du cuir chevelu et des paupières du côté droit. Pas de maux d'oreille. A marché à 14 mois.

Il y a deux ans, il éprouva une légère éruption localisée aux ailes du nez, un peu à la lèvre supérieure et aussi au front. C'était probablement de l'herpès, cette éruption étant caractérisée par de petites vésicules et ayant duré huit ou dix jours avec un léger mouvement fébrile au début. Aujourd'hui, il existe encore au niveau de la commissure labiale droite une trace d'herpès presque totalement guéri. La mère, pendant l'allaitement, a eu une légère éruption autour d'un sein, qui occasionna des démangeaisons et disparut au bout de peu de jours.

L'enfant a au moins la taille moyenne à son âge, les cheveux très blonds, les yeux bleus, une peau fine et présente au cou plusieurs ganglions sous-maxillaires variant de la grosseur d'une lentille à celle d'une belle noisette. La voix est un peu voilée, et cela depuis très longtemps. Pour caractériser la gêne apportée par cet enrouement, je répéterai la comparaison faite par le petit malade qui croit avoir une toile dans le larynx.

Sur la paupière supérieure droite existe une veine variqueuse volumineuse qui se distend beaucoup lorsque l'enfant se met en colère Il est très impressionnable et d'après la mère, surtout lorsque la langue va s'exfolier à nouveau.

Il n'existe pas de courbures sensibles des jambes et des cuisses, pas d'aplatissement des côtes ; mais en revanche, la tête est volumineuse, les bosses frontales sont saillantes ainsi que l'occiput, et le diamètre bi-pariétal au niveau des bosses est très développé avec aplatissement du sommet du crâne. Pas de cicatrices aux fesses.

L'exfoliation n entraîne aucune douleur et la mère l'a observée dès les premiers mois. La sensibilité tactile et la sensibilité gustative sont conservées (sucre, acide, amer) ; tout au plus existerait-il un certain agacement plutôt qu'une douleur pour certains aliments et pour les boissons chaudes lorsque la desquamation est bien marquée. Mais ce dont la mère nous a parlé sans que j'attire son attention de ce côté, c'est de la fétidité de l'haleine au début de chaque évolution. Le père interrogé, en dehors de sa

femme, m'a répondu avec beaucoup de franchise, j'en suis convaincu, et m'a affirmé n'avoir jamais eu la syphilis. La mère est un peu chlorotique, mais n'a eu ni rhumatisme ni syphilis, ni maladies aiguës et ne tousse pas. Elle n'a pas eu de fausse couche ni d'autre grossesse à terme. Le père de cette dame est très bien portant, mais sa mère est morte à trente-neuf ans d'un cancer du rectum. Ses grands parents sont morts très vieux et n'étaient pas malades. Mais elle a une sœur, tante de notre petit malade, qui, atteinte d'une incurvation de la colonne vertébrale due à un mal de Pott, a les déformations osseuses du rachitisme et n'a pas d'incisive latérale du côté gauche au maxillaire supérieur, ce qui est commun dans cette famille. Le jeune malade manque lui-même d'une incisive latérale au maxillaire supérieur droit.

Chaque évolution de la maladie dure, chez ce petit enfant, une dizaine de jours environ et il existe des rémissions.

Observation V (inédite, due à l'obligeance de M. Spillmann, agrégé près la Faculté de Nancy).

Édouard S... est âgé de six ans. Les parents de cet enfant n'ont jamais été atteints d'accidents spécifiques. D'autres enfants nés avant et après lui se portent très bien et n'ont jamais été atteints d'aucune lésion cutanée. Le père est arthritique. Le jeune S... a été allaité par sa mère. L'enfant avait trois mois environ quand on s'est aperçu pour la première fois d'une lésion linguale. A cette époque, la mère, à la suite d'une vive émotion morale, a été atteinte d'une affection cutanée (pemphigus) qui a persisté pendant plusieurs années, et pour laquelle M. le professeur Fournier a été consulté.

La lésion siégeait, au début, sur le bord droit de la langue. Elle était constituée par des plaques festonnées, très rouges, au niveau desquelles l'épiderme semblait avoir complètement disparu ; les papilles étaient à nu. Ces plaques étaient bordées d'une collerette blanche, de 1 à 2 mm. de large, semblant faire une légère saillie, et formée de plaques épidermiques.

Ces plaques ne semblaient nullement douloureuses.

Les amis de la famille, qui voyaient par hasard la langue de l'enfant, s'écriaient : Oh, mais quelle drôle de langue a votre enfant !

L'enfant se portant très bien, je ne m'inquiétai nullement de cette lésion qui subissait du reste des modifications variées. Tantôt les plaques semblaient pâlir et disparaître, puis une nouvelle plaque apparaissait en avant des premières ou plus sur la ligne médiane.

Le jeune S... se porte fort bien. C'est un enfant fort et robuste. Je ne lui ai fait suivre aucun traitement. La lésion est presque effacée aujourd'hui. Il n'existe plus qu'une petite plaque insignifiante dont l'enfant ne soupçonne même pas l'existence et qui est du reste beaucoup plus pâle qu'autrefois,

Observation VI (inédite, due à l'obligeance de M. Besnier).

La nommée K..., âgée de vingt et un ans, est entrée le 8 janvier 1883, salle Gibert, n° 27-6, service de M. Besnier.

Antécédents directs. — Bonne santé habituelle. A eu deux enfants dont le plus jeune a seize mois et tous deux se portent bien.

N'a pas eu ses règles depuis cinq mois.

Il y a trois mois, boutons aux organes génitaux. Il y a un mois, taches rouges sur tout le corps accompagnées de nouveaux boutons aux organes génitaux, de maux de gorge, de céphalée vespérale, de courbature, d'insomnie, de douleur dans les membres inférieurs, d'adénites cervicales, sous-maxillaires et inguinales. Pas d'alopécie.

Grossesse de cinq mois environ. La malade commence à sentir remuer l'enfant.

État actuel. — A l'angle interne de l'œil gauche on constate la présence d'une plaque rouge sombre empiétant sur la paupière supérieure qu'elle recouvre dans l'étendue de 1 cent. Cette plaque est arrondie et recouverte de petites squames. A l'angle externe du même œil existent de plus petites plaques rouges recouvertes de squames.

Sur tout le corps, surtout sur le tronc, se voient des taches

irrégulières, sans saillies et d'un rouge rosé laissant entre elles des intervalles de peau saine et ne donnant lieu à aucun prurit. Cette éruption est très légèrement desquamative.

Des croûtes noirâtres du volume d'une pièce de 0, 20 cent. ont apparu, il y a huit jours, sur l'avant-bras droit.

Syphilides papulo-hypertrophiques multiples des grandes et petites lèvres, dont quelques-unes sont érosives à leur sommet. Elles sont surtout confluentes au pourtour de l'anus où elles forment une nappe assez étendue.

Teinte violacée de la vulve et du vagin.

Nombreuses érosions sur la langue et particulièrement sur son bord libre, ainsi que sur la partie postérieure du pharynx.

Traitement. — Deux puis trois pilules de protoiodure avec sirop de fer.

11 *janvier.* — Cautérisation des plaques vulvaires. Leucorrhée abondante de grossesse. L'enfant remue beaucoup, dit la mère.

18 *janvier.* — Affaissement des syphilides de la vulve. Stomatite intense. Gencives rouges saignantes. Dents déchaussées.

On suspend les pilules de protoiodure.

23 *janvier.* — La stomatite ayant diminué, on reprend les pilules syphilides pigmentaires très manifestes de la nuque.

25 *janvier.* — Les syphilides de la vulve ont complètement disparu.

14 *février.* — Les affections cutanées ayant disparu complètement, il reste de la stomatite surtout gingivale et de la glossite tout à fait différente de la forme commune de la glossite secondaire syphilitique. Ce ne sont pas des plaques opalines laiteuses, lisses ou élevées, mais de grands cercles ovales, allongés, incomplets, bordés à la périphérie par une zône d'épithélium macéré de 1 à 2 mm. de largeur, blanchâtres et faisant une saillie légère même du côté sain.

Quelques-uns de ces cercles commencent sur la face supérieure de la langue, se continuent sur les bords, gagnent la face inférieure où ils se perdent sans ligne de démarcation bien nette. Cette disposition et ces caractères de liseré appar-

tiennent bien plus au lichénoïde lingal qu'à la glossite syphilitique.

Il faut ajouter que la malade n'a pas, à l'état normal, la langue lisse, et que peut-être la lésion actuelle a déjà existé chez elle antérieurement.

Exeat, le 16 février.

Après avoir pris connaissance de cette observation, je me suis rendu chez cette malade afin de compléter les renseignements, si la lésion linguale était bien la glossite exfoliatrice marginée, ce que je constatai.

Le côté gauche était atteint de desquamation à 1 cent. environ du bord et le liseré ayant son point de départ près de la pointe remontait presque directement pour gagner le rebord du même côté, un peu au-dessous du V lingual.

Cette femme, de taille moyenne, ne présente aucune trace de rachitisme et aucune lésion dentaire manifestement syphilitique. Les renseignements relatifs à ses parents sont presque nuls parce qu'elle les a perdus étant enfant. Elle n'accuse chez elle aucune maladie grave depuis sa naissance et paraît jouir d'une assez bonne santé ainsi que sa sœur que je vis en même temps. Rien du côté des voies digestives.

La malade ne sait à quelle époque a débuté son affection linguale. Elle me dit cependant qu'elle a toujours remarqué que sa langue n'était pas lisse, mais présentait de petits dessins. Elle n'y attachait aucune importance, n'en souffrant pas et percevant bien toutes les sensations du chaud et du froid, des choses salées, sucrées, vinaigrées, etc. La marche me paraît analogue à celle de l'observation Ire.

Observation VII (personnelle) La nommée G..., âgée de quarante ans, est venue aujourd'hui samedi 5 mai, à la consultation de M. le professeur Fournier.

Le père et la mère de cette malade sont encore vivants. Le père a soixante-quinze ans et n'a jamais éprouvé qu'une maladie. La mère, âgée de soixante-dix-sept ans, n'a eu qu'une sciatique et actuellement sa santé est bonne. Elle n'a eu que deux enfants, notre malade et un frère plus jeune de deux ans, qui n'a comme antécédent qu'un accident arrivé dans sa profession (conducteur d'omnibus).

La malade n'a pas eu de maux d'yeux, de maux d'oreilles, de maladies aiguës dans son enfance.

Réglée à treize ans régulièrement et mariée à vingt-cinq ans. Quatre grossesses à terme et sans suites de couches fâcheuses. Elle a nourri tous ses enfants, et les trois derniers sont vivants, le premier étant mort de la variole.

Sciatique du côté droit à vingt-quatre ans, avec légère exacerbation de temps à autre. Quelques migraines.

Il y a dix-huit mois, pendant qu'elle allaitait son dernier enfant qui avait six mois à cette époque, elle éprouva une émotion morale très violente. On lui annonça, pendant un séjour à la campagne, que son mari pouvait mourir. Le lait fut presque supprimé momentanément et revint, l'enfant continuant à téter.

L'enfant fut sevré au mois de juillet. Depuis ce moment les règles venaient tous les vingt jours, ce qui a cessé depuis deux mois sous l'influence d'un traitement. Actuellement, elles sont régulières.

Depuis le sevrage, pityriasis versicolor guéri par un traitement commencé il y a quinze jours.

Depuis ce même moment, bronchite qui dura quatre mois et n'exigea pas le repos au lit, et en même temps la malade remarqua pour la première fois que sa langue se desquamait et s'améliorait d'une façon continue sans qu'il y eût un seul intervalle où les deux côtés fussent pareils. C'est le côté droit qui est atteint et jamais le côté gauche ne l'a été. Je ne crois pas devoir décrire son état local, les circinations étant

exactement analogues à celles présentées dans ma première observation.

Il n'existe pas de ganglions sous-maxillaires. Pas de fétidité de l'haleine. Les fonctions digestives se font bien.

Pas de sensations pénibles au contact des aliments froids ou chauds.

Le côté dépapillé ne paraît pas hyperesthésié avec le compas.

La malade reconnaît le goût des solutions suivantes, et les perçoit également des deux côtés, peut-être un peu plus rapidement à droite qu'à gauche, mais avec une égale intensité :

Eau sucrée ;

Sulfate de quinine dissout ;

Acide acétique étendu.

Traitement. — Deux cuillerées de sirop alcalin chaque jour et gargarisme boraté.

DIAGNOSTIC

Lorsque j'examine à nouveau les mémoires de MM. Bridou, Caspary, Vanlair, Parrot, Unna, Gautier, j'aurais lieu d'être bien surpris de rencontrer partout le chapitre du diagnostic aussi incomplet, si je ne me rappellais ce que je disais dans mon introduction, au sujet de la confusion qui existait il y a peu d'années dans les lésions linguales presque toutes comprises sous le nom de psoriasis.

Les affections desquamatives de la langue sont nombreuses, et les symptômes objectifs de la plupart ont des rapports très intimes avec ceux de la glossite exfoliatrice marginée; aussi je crois devoir rappeler en quelques mots les principaux caractères de cette lésion, en tête du chapitre, afin d'éviter, autant que possible, les répétitions qui nuisent toujours à la clarté d'une description.

Je citerai seulement avant tout, la principale observation de Vanlair, que je ne puis considérer comme un exemple de glossite exfoliatrice et qu'il appelle *lichénoïde lingual.*

« Le sujet de cette observation est une dame de 70 ans, appartenant à la classe élevée de la société. C'est au milieu d'une santé générale parfaite, que se sont manifestés les premiers signes de l'affection.

» Celle-ci ne s'est pas développée tout d'abord avec les caractères spéciaux. Il s'est produit, en premier lieu, une luxuriation diffuse et considérable de l'épithélium lingual. Pendant les premières semaines, la face dorsale de la langue s'est recouverte peu à peu, *dans toute son étendue*, d'une couche d'un blanc mat de plus en plus épaisse, en tout semblable à celle que l'on observe dans certains catarrhes muqueux de l'estomac. Cette couche résultait manifestement d'un développement exagéré des filaments épithéliaux du sommet des papilles, car le râclement de la muqueuse ne modifiait pour ainsi dire pas l'aspect de la surface, et lorsqu'on écartait avec le bord d'une spatule, par exemple, les filaments qui constituaient la masse blanche, on distinguait encore nettement dans le fond du sillon une surface linéaire parfaitement rosée. L'aspect restait d'ailleurs le même aux différents moments de la journée. Il ne s'agissait donc point ici d'un simple dépôt saburral.

» Les mouvements de la langue n'étaient nullement douloureux. L'appétit n'avait subi aucune atteinte. Les selles étaient difficiles; mais cela n'avait ici rien d'anormal, la constipation étant habituelle. La raison de cet état semblait devoir être cherchée dans un régime trop échauffant suivi par la malade pendant un séjour assez prolongé à la campagne. Elle y avait fait abus, en effet, de gibier et de mets fortement assaisonnés.

» Sous l'influence d'une alimentation plus douce et de collutoires légèrement acidulés, la langue ne tarda pas à reprendre son aspect normal. Mais, au bout de quelques semaines, la langue se mit à blanchir de

nouveau et prit cet aspect argenté que l'on rencontre assez souvent chez les impaludés auxquels on a fait prendre plusieurs jours de suite, selon la méthode de Boudin, de fortes doses d'acide arsénieux. En même temps l'organe devint le siège d'une assez vive sensibilité. Quelques jours plus tard, les signes de la maladie de *Gubler* commencèrent à se manifester. Voici, à partir de ce moment, dans quel ordre se succédèrent les phénomènes :

» On vit apparaître d'abord vers la base de la langue, un peu en avant du V formé par les papilles caliciformes, une plaque dénudée qui, à première vue, semblait être le résultat du nettoiement de la langue. Mais, en y regardant de plus près, on pouvait constater certaines particularités indiquant qu'il s'agissait là d'un processus spécial. En effet, la surface dépouillée était d'un rouge trop vif, elle avait presque entièrement perdu son aspect papillaire ; la ligne de démarcation entre la zone rouge et la région argentée était extrêmement nette et présentait déjà des sinuosités d'une assez grande régularité, formées par une série d'arcs ouverts en arrière.

» La sensibilité douloureuse de la langue s'était accrue au point que le contact de tout aliment quelque peu sapide et notamment des substances salées et acides provoquait une impression pénible. Les boissons froides elles-mêmes étaient difficilement tolérées.

» Pendant les semaines suivantes, la rougeur envahit *graduellement* et *lentement* la surface de l'organe, en procédant d'arrière en avant et en suivant de préférence la région latérale droite, repoussant pour ainsi dire devant elle, de la base vers la pointe, le revête-

ment argenté. Il fallut deux mois environ pour que l'altération atteignît l'extrémité de la langue.

» A cette époque, en examinant de près la surface de l'organe, voici ce que l'on y constate.

« La *ligne de démarcation* entre le champ rouge et ce qui reste encore de la couche blanche présente toujours la forme ondulée qu'elle avait affectée dès le principe. Seulement les sinuosités sont devenues plus nombreuses et plus nettement dessinées; leur direction générale est oblique d'arrière en avant et de gauche à droite.

» La *portion blanche*, sauf la réduction de son étendue, se présente à peu près comme au début; sa blancheur est seulement devenue un peu moins opaque.

» Mais la *surface rouge* a notamment reculé ses limites, et son aspect a subi des modifications très marquées. Ce n'est plus une nappe lisse et d'un rouge uniforme : on y aperçoit maintenant des tractus blancs très apparents, à contours nettement arrêtés.

» Voici, en considérant de plus près les taches qui couvrent la plus grande partie de la face dorsale de la langue, les particularités que l'on peut y reconnaître :

1° La *configuration* de ces taches est *circulaire ;* mais, comme les taches voisines confluent les unes avec les autres, elles forment des figures d'une assez grande étendue, à bords profondément *festonnés*. Ce n'est ni la forme circinée, ni la forme nummulaire, ni la forme orbiculaire ; mais cela rappelle, comme contours, l'aspect des lamelles osseuses rongées par la multiplication pathologique des lacunes de Howship, dans certains cas d'ostéite raréfiante.

2° La *coloration* est d'un rouge vif; elle est plus ac-

centuée dans la zone périphérique de la tache, et cette intensité relative est due manifestement à la minceur anormale de la couche épithéliale unie à une injection plus prononcée de la muqueuse.

3° La *surface* est déprimée et luisante ; elle a perdu son aspect velouté. Cette apparence est le fait de la disparition des papilles cylindroïdes. Les papilles fongiformes ont persisté ; les unes ont gardé leur volume normal ; les autres, en plus grand nombre, paraissent hypertrophiées. Ces éminences se détachent d'autant plus nettement qu'elles offrent une teinte d'un rouge intense et un brillant inaccoutumé.

4° Les *bords* sont formés par de véritables *bourrelets* arrondis, d'un blanc opaque, constitués par une substance homogène, compacte, qui ne ressemble en rien au velvet catarrhal de la muqueuse de la langue. On n'y distingue en effet aucun vestige de prolongements filiformes. Les papilles fongiformes prises dans la masse sont cependant encore assez visibles : on les reconnaît à leur forme et à leur teinte rosée légèrement opaline.

« L'épaisseur du liseré varie de 1 à 2 mm. Sa blancheur contraste vivement avec la coloration rouge de la tache, d'autant plus que cette dernière est, comme je l'ai dit, plus accentuée le long du liseré que dans l'intérieur de la tache. Vers l'extérieur, elle tranche presque aussi nettement sur le fond tomenteux et rosé de la muqueuse linguale.

» Si l'on essaye d'enlever par le raclage la matière blanche qui constitue le bourrelet, on constate qu'elle est très adhérente ; le scalpel ne ramène que quelques grumeaux opaques presque microscopiques,

dont j'indiquerai tout à l'heure la composition histologique.

» Dans *l'intervalle des taches,* la muqueuse de la langue s'écarte un peu de l'état normal ; elle est plus polie, moins villeuse et en même temps d'un rose plus vif que dans les conditions physiologiques. »

Cette observation reproduite, je vais exposer sommairement en quoi consistent les principaux caractères de la glossite exfoliatrice, avant d'indiquer les symptômes objectifs sur lesquels on peut se baser pour diagnostiquer les principales glossites superficielles, ainsi que le psoriasis vrai et l'eczéma de la langue.

Les caractères qui constituent la glossite exfoliatrice sont en résumé :

1° Exfoliation linguale ;

2° Le liseré périphérique ;

3° L'état nomade ;

4° La transition presque imperceptible des diverses couleurs de la langue, depuis le rouge des parties nouvellement desquamées à la couleur presque normale de l'épithélium.

5° Pas de ganglions sous-maxillaires et pas de douleur.

I. — *Eczéma.* — Les classiques ne parlent pas de l'eczéma de la langue et se contentent de noter pour cette affection sur les autres muqueuses un certain aspect lisse et vernissé avec turgescence et souvent un suintement assez considérable. Dans tous les cas, un léger degré d'inflammation superficielle occasionne une assez vive douleur.

Je suis heureux, dans cette circonstance, de pouvoir présenter l'observation suivante due à l'amabilité de M. Besnier et résumée par son interne, mon ami Paul de Molènes.

O SERVATION. — La nommée B..., âgée de trente-deux ans, est entrée le 20 mars 1879, salle Gibert, nº 12.

Vaste eczéma ayant débuté à l'âge de dix-huit ans par une arthrite des genoux, puis éruption sur la face et les membres. Les lésions sont à peu près permanentes à de très légères variations près : grands placards sur les deux jambes, le tronc, la face avec purpura dans leur voisinage au moment des poussées. Traitement inefficace. Tous les traitements en effet ont été employés : le résultat le plus manifeste des tentatives de médication interne fut une gastro-entérite prolongée à la suite de laquelle il devint nécessaire de supprimer toutes ces tentatives.

En résumé : alternative de calme et de poussées qui parcourent successivement tous les points du corps sans laisser autre chose à leur suite qu'une atrophie mani este du derme, surtout aux membres inférieurs.

L'arthropathie du genou qui, au début, a précédé le développement de la maladie et qui s'était développée peu de temps après un accouchement, persiste avec les mêmes caractères d'arthro-périarthrite chronique qui rend le membre impotent.

La situation actuelle (mai 1883) est des plus satisfaisantes que la malade ait encore présentées, bien qu'il persiste de l'eczéma croûteux un peu partout, sur le front, dans le cuir chevelu, dans la région du dos, sur les membres supérieurs et inférieurs. Ces derniers sont le siège d'une atrophie simple notable.

L'état des voies digestives est assez satisfaisant en ce moment. La malade a repris un peu d'appétit. Depuis le mois de janvier, nous n'avons assisté qu'à une seule poussée qui a présenté des caractères identiques, comme durée et comme symptômes, à ceux que présentaient les poussées précédentes.

L'eczéma a été généralisé ou à peu près avec prédominence de la forme croûteuse. La durée de la poussée a été de six semaines environ. Il n'existait point d'albumine dans l'urine lors de cette poussée.

Les phénomènes observés à cette époque *du côté de la langue* ont été constatés par M. Besnier lors de toutes les poussées précédentes. Nous devons même dire que cette année ils se sont présentés avec une intensité bien moindre, paraît-il, ce qui semble dû à ce que l'état général s'étant amélioré depuis plusieurs mois, les poussées éruptives se font avec moins de violence. En tous cas ces lésions linguales se présentent de la façon suivante :

Elles débutent par un des bords de la langue. A ce niveau apparaît une petite plaque arrondie, s'étendant lentement, envahissant la face inférieure et surtout le dos de la langue, jusqu'à la ligne médiane où elle rejoint quelquefois une plaque provenant de l'autre bord de l'organe.

Cette plaque est arrondie et surtout circinée, plus ou moins régulièrement. Le centre en est rouge vif et lisse. Il y a eu chute de l'épithélium de la langue et cette coloration rouge tranche manifestement avec celle de la langue saine qui est lors des poussées plus ou moins blanc sale, reflétant ainsi le mauvais état de la muqueuse gastro-intestinale. Le bord de cette plaque est à découpure nette, blanchâtre, et souvent se confond avec le bord d'une plaque voisine qui est venue à la rencontre de la première, et se confond avec elle. La bordure est à découpures nettes et non surélevées. En effet, il n'existe qu'une légère dépression de la plaque due à la chute de l'épithélium. Il y a glossite épithéliale marginée, mais le bord n'est en réalité constitué que par la muqueuse non lésée et blanche.

Tantôt il n'existe que deux ou trois petites plaques sur le bord de l'organe, envahissant plus ou moins la face dorsale. Tantôt au contraire il existe un grand nombre de vastes placards qui se sont réunis et ont envahi presque tout l'organe qui est alors à peu près desquamé. Dans ce cas, la langue est lisse, rouge, un peu sèche et très douloureuse. La douleur est

surtout intense lors des mouvements de mastication, ce qui contribue en partie à la cachexie lente de la malade lors de ces poussées.

A mesure que l'éruption cutanée s'affaisse, la lésion linguale s'atténue et bientôt il ne reste plus que de petites plaques à bords irréguliers, rouges et se recouvrant lentement de l'épithélium nouveau. Dans l'intervalle des poussées, la langue reste à peu près saine, non douloureuse, un peu fissurée sur les bords qui sont le siège d'une atrophie papillaire manifeste.

Jamais il n'a existé de lésions de la voûte palatine ni de la face interne des joues.

Au dire de la malade, ces lésions linguales ont apparu avec chaque poussée depuis le début de la maladie.

Psoriasis. — Ce n'est pas en traitant du diagnostic de la glossite exfoliatrice marginée que je me permettrai d'entrer dans la discussion des diverses opinions émises actuellement sur le psoriasis. C'est un sujet encore trop à l'étude, tant au point de vue de sa description qu'à celui de sa terminaison, pour que je veuille sortir des cas absolument typiques qui sont bien représentés par quelques moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, le n° 118 par exemple. Aussi je me contenterai de reproduire, comme description, l'observation de ce moulage, observation prise dans le service de M. Laillier et publiée dans la thèse du docteur Saison[1]. Je renverrai le lecteur pour suivre la discussion aux travaux les plus récents : Bazin [2], Debove [3],

1. Saison. — *Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue.* Thèse de Paris, 1871, t. IX

2. Bazin. — *Affections cutanées de nature arthritique et dartreuse.* 2e édition, p. 272.

3. Debove. — *Le psoriasis buccal.* Thèse de Paris, 1873.

Mauriac [1], Lailler [2], Fairlie Clarke [3], Trélat [4], Verneuil [5], Vidal [6], Duhring [7], Merklen [8].

Observation publiée dans la thèse de M. Saison, intitulée *Psoriasis lingual*, provenant aussi du service de M. Lailler.

Laluque, soixante-neuf ans, cordonnier, faubourg Saint-Antoine. Entré le 19 mars 1869, sorti le 11 mai 1869 État stationnaire.

Constitution moyenne. Tempérament lymphatique. Ce malade est bien conservé et présente tous les attributs de la santé.

Il n'a pas eu de gourme, d'ophthalmies, d'otorrhées, de glandes au cou dans son enfance. Il a fait la campagne de France en 1814 : depuis ce temps, il est sujet à des douleurs articulaires à marche subaiguë dans les grandes articulations. Lumbagos, pas de torticolis. Pas d'angine. Appétit conservé, digestion lente, constipation ; hémorroïdes qui ne donnent plus de sang actuellement.

Une blennorrhagie à l'âge de dix-huit ans. *Pas de syphilis.* Nourriture très insuffisante ; pas d'habitudes alcooliques, fume environ pour 0 f. 05 de tabac par jour, ne chique pas, la pipe présente un tuyau assez long.

La maladie actuelle a commencé il y a environ trois mois. Le malade l'attribue à l'état fonctionnel du tube digestif, qui est le siège d'une constipation habituelle et opiniâtre.

1. Mauriac. — *Du psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale. Union médicale*, 1873-1874.

2. Lailler — *Leçons sur quelques affections cutanées*. 1877 p. 55.

3. Fairlie Clarke. — *A Treatise on the diseases of the tongue*. 1873, p. 95.

4. Trélat. — *Rapports entre le psoriasis et l'épithélioma de la langue* (Société de chirurgie 8 décembre 1878).

5. Verneuil — *Epithélioma de la langue succédant au psoriasis*. (Tribune médicale, 1876).

6. Vidal. — *De la leucoplasie buccale*. Union médicale, 1883. nos 1 et 4.

7. Duhring. — . *Traité pratique des maladies de la peau traduit par le docteur Barthélemy et le docteur Colson*, p. 370.

8. Merklen. — *L psoriasis buccal de Bazin* (*Annales de dermatologie et de syphilagraphie*, 1883, p. 157 et 216).

Elle s'est d'abord montrée *sur la face supérieure de la langue par des points ayant une apparence blanchâtre.* Jamais il n'y a eu de boutons. Depuis cette époque, la maladie a toujours été en progressant.

État actuel. — La face supérieure de la langue dans ses deux tiers antérieurs, c'est-à-dire la portion de l'organe qui, située en avant du V lingual, *présente un aspect opalin blanchâtre,* lequel n'offre pas une disposition que l'on puisse rapporter à la disposition circinée ou nummulaire. Les points d'apparence blanchâtres ont une épaisseur variable.

Sur certaines portions, elle est d'un blanc resplendissant, nacré, dans les points surtout où la muqueuse présente des élevures papuleuses de la grosseur d'un grain de millet mais d'une superficie un peu plus grande. Ces élevures sont appréciables avec le doigt; elles donnent la sensation que l'on éprouve en passant la main sur une portion de peau atteinte de lichen.

Au niveau de ces parties blanchâtres, on observe des enfoncements, des sillons transversaux et antéro-postérieurs. Enfin entre les points où la muqueuse offre cette teinte opaline, il y a des endroits où elle paraît presque saine. Signalons une petite *ulcération allongée* superficielle qui se trouve à la basse de l'organe.

L'apparence opaline existe également à la pointe de la langue et un peu vers les bords latéraux, mais elle ne se propage pas sur la face inférieure et sur le plancher buccal.

On retrouve encore quelques lamelles blanchâtres à la face interne des commissures et des joues. Rien aux gencives ni à l'isthme du gosier.

Au toucher, on ne trouve pas d'induration profonde dans le tissu lingual. La nuit, il a une sécheresse très accusée de la cavité buccale. Pas de démangeaisons. Douleurs provoquées par les aliments chauds et non par les aliments froids. La sensation gustative paraît intacte. *Salivation abondante,* surtout après le repas. — Sommeil très bon, appétit conservé.

Pas de ganglions occipitaux, sous-maxillaires ou paroti-

diens, pas d'alopécie, pas d'angine, pas de maux de tête ; pas d'autre éruption sur le corps que des furoncles.

Au scrotum, démangeaisons très vives depuis trois semaines, mais sans éruption. Induration à la face interne des cuisses de chaque côté (cordonnier).

Traitement. — 10 grammes de bicarbonate de soude pour un litre d'eau. Pulvérisation matin et soir. Tisane de séné. Mâcher de la racine de rhubarde.

Jusqu'au 24 avril, l'état reste à peu près stationnaire, pourtant les points saillants, les élevures semblent s'affaisser un peu et surtout perdre de leur dureté.

Cautérisation de la langue au nitrate d'argent.

1er *Mai.* — Comme caractère extérieur, la maladie n'a guère changé d'aspect, mais la maladie indique surtout des modifications favorables au point de vue des douleurs qu'il éprouvait presque constamment. Elles ont disparu. La mastication s'opère facilement, la soif est normale.

Le malade quitte l'hôpital sur sa demande. Très légère amélioration dans l'éruption. L'épaisseur du produit épithélial est moindre ; les saillies, qui avaient une dureté fibreuse, se sont affaissées en partie. Plus de douleurs. Santé générale bonne.

Depuis, ce malade est revenu à la consultation de M. Lailler, et en février 1869, on moula sa langue (N° 118). On n'en a plus eu de nouvelles.

En résumé, les principaux caractères consistent en des plaques blanchâtres et le plus souvent argentées ou même d'un blanc nacré sur la face dorsale de la langue. Ces plaques nacrées sont des squames et des lamelles, prêtes à se détacher.

Glossite cachectique et des convalescents. — Cette affection desquamative se produit pendant les maladies aiguës et dans les affections chroniques, surtout lorsque le malade arrive à la période cachectique. L'aspect est le même dans les deux cas et si l'exfoliation est per-

sistante dans le dernier cas, elle disparaît au contraire à la fin d'une convalescence. L'organe se trouve envahi en partie ou en totalité. Toujours est-il que dans la partie desquamée, la muqueuse est d'un rose plus ou moins vif, unie, lisse au toucher comme à la vue, sans saillie des papilles qui sont presque effacées.

Très souvent la langue présente l'aspect suivant : une partie de la face dorsale est exfoliée et le reste représente assez bien un tamis ou un filet dont les mailles de fine dimension et en quelque sorte à forme ovoïde indiqueraient les parties dénudées tandis que les fils et les nœuds, c'est-à-dire la charpente du filet, représenteraient les parties de la muqueuse où l'épithélium se trouve conservé. Les endroits exfoliés ne sont pas limités par un liseré comme dans la glossite exfoliatrice et les bords sont à découpures plus ou moins nettes. Il existe comme un état criblé de la langue en dehors des larges plaques desquamées.

Glossite des fumeurs. — Dans un premier degré la muqueuse est rouge, lisse, et sensible surtout aux aliments épicés ou acides. C'est en quelque sorte un léger érythème ou une brûlure au 1er degré.

A une période plus avancée, M. Fournier[1] la décrit de la façon suivante :

« Or, cette glossite, alors qu'elle a atteint un degré avancé, peut être facilement confondue avec certaines lésions syphilitiques de la langue, notamment avec les glossites scléreuses.

» C'est qu'en effet cette glossite du tabac bien ac-

1. Fournier, *Des Glossites tertiaires.*

centuée se traduit par un ensemble de symptômes merveilleusement faits pour égarer le diagnostic, à savoir : langue complètement et quelquefois même considérablement modifiée comme aspect ; — inégale, bosselée, mamelonnée sur sa face dorsale ; — irrégulière et comme tuberculeuse sur ses bords, déformée surtout vers la pointe, — offrant des îlots lisses, dépapillés, grisâtres, blanchâtres ou même nacrés ; sillonnée des stries transversales, antéro-postérieures ou obliques : — indurée dans une étendue variable, spécialement vers la région antérieure, là où le contact de la pipe ou l'abord direct de la fumée exerce surtout son action irritante ; — érodée enfin ou même, dans un degré extrême, véritablement ulcérée sur divers points ; etc. »

Mais ce qui caractérise cette affection existe également presque toujours aux commissures labiales.

Mais, ce qui rend le diagnostic beaucoup plus difficile, c'est lorsque le malade est sous la double influence du tabac et de la vérole. Les symptômes sont alors associés, et il est impossible d'isoler une glossite au bénéfice de l'autre.

Glossite exfoliatrice. — Outre les symptômes énumérés plus haut, ce qui la différencie absolument des syphilides, c'est tout un ensemble de caractères dont les principaux sont les suivants :

1° Résistance au traitement général.

2° Résistance à la cautérisation et aux topiques.

3° Durée très longue et presque indéfinie de la lésion.

4° Persistance parfois indéfinie de la lésion exactement sous la même forme.

Plaques muqueuses érosives.— M. le professeur Cornil[1], avant de décrire ce type de plaques muqueuses, constate que le mot *érosion* n'est pas anatomiquement bien défini, et propose de considérer comme telles, la disparition de toutes les couches épidermiques superficielles ou cornées à l'état normal, les cellules ou plaques de cellules s'en allant isolément.

Ces plaques muqueuses ne sont nullement saillantes et leur dimension est le plus souvent assez restreinte. Bien que leur forme ne soit pas très régulière. le plus généralement l'érosion est lenticulaire ou légèrement ovoïde, le fond desquamé est rosé ou rouge et elles siègent sur la face dorsale ou sur les bords qui, après récidive, deviennent fissurés. Les alcools, les aliments chauds et les aliments un peu durs tels que la croûte de pain ou les noisettes occasionnent une douleur assez vive.

Plaques lisses (Fournier) [2] *fauchées en prairies* (Cornil) [3].

J'emprunte à M. Fournier sa remarquable description des plaques lisses.

« La syphilis détermine quelquefois sur la langue. dans la période secondaire, une éruption spéciale (spéciale du moins quant à sa physionomie, quant à ses caractères apparents), et qu'on ne retrouve sur aucun autre point. Cette éruption consiste en des plaques plus ou moins étendues qui se localisent exclusivement sur le dos de la langue, plaques tantôt circonscrites

1. *Leçons sur la syphilis faites à l'hôpital Lourcine*, 1879, p. 127.

2. Fournier. — *Leçons sur la syphilis* professées à l'hôpital Lourcine, 1re édition, p. 564.

3. Cornil. — *Loc. cit.*, p. 126.

et lenticulaires, tantôt étalées sur une assez large surface, rougeâtres et d'un rouge plus vif notamment que celui des parties saines environnantes, régulières de contour plutôt que déchiquetées et assez souvent arrondies ou ovalaires ; plaques *non érosives* (notez bien cela), et différant des érosions en ce qu'elles ne se laissent pas colorer en blanc par le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure ; — plaques enfin remarquablement lisses, comme polies ou vernies, contrastant en cela, par conséquent, avec l'apparence villeuse, des tissus voisins. On dirait, à voir ces plaques, que les papilles linguales ont disparu à leur surface, qu'elles ont été rasées. Cette *dépapillation* (pardonnez-moi le barbarisme), est-elle réelle ou n'est-elle qu'apparente, je ne saurais le dire, n'ayant pas encore eu l'occasion d'examiner *post mortem* une langue affectée de la sorte. Toujours est-il que *de visu* les papilles ne sont plus appréciables au niveau de ces plaques, et c'est là précisément ce qui donne à cette lésion un aspect tout à fait spécial. »

Glossite syphilitique dépapillante. — Cette forme est probablement un des modes de début de la glossite scléreuse superficielle.

L'observation suivante que j'ai prise sur un syphilitique entré le 16 avril à la salle Saint-Louis, dans le service de M. Fournier, me servira de description clinique.

Cet homme, âgé de quarante-quatre ans, porteur à la halle, est d'une constitution robuste.

Il a contracté un chancre au mois de décembre 1880. Ce chancre se convertit peut-être *in situ* en syphilide à forme phagédénique qui força le malade à entrer au Midi le

29 mars 1881. Pansement avec pommade au calomel et cautérisations au crayon de nitrate d'argent. Quatre pilules de proto-iodure chaque jour, et deux bains de sublimé par semaine. Ne s'est plus soigné après sa sortie et peu de temps après la roséole apparut ainsi que des plaques muqueuses de la bouche.

Rentré le 3 juin chez M. Mauriac (même service). Cautérisation, deux cuillerées de sirop de Gibert chaque jour. B. sulf. Sorti au bout de 17 jours.

J'indique ici une fois pour toutes que jamais ce malade ne s'est soigné en dehors de l'hôpital.

Rentré le 28 juillet, salle Saint-Jean à Saint-Louis, pour des syphilides généralisées. Sirop de quinquina bi-ioduré (2 cuillerées premier mois et 4 le second, chaque jour.) — Séjour de deux mois. Sorti parce qu'on croyait que le malade ne prenait pas ses médicaments, aucune amélioration ne s'étant produite. Il affirme qu'il prenait ses médicaments.

Rentré 3 jours après chez M. Ollivier. — 2 pil. proto-, et ensuite iodure de potassium de 2 à 6 gr. Reste deux mois 1/2 et sort sans amélioration le 13 décembre.

Entré le 17 octobre chez M. Fournier. Friction depuis 4 gr. jusqu'à 16 gr. — Pas d'amélioration. Alors 2 et 3 pilules de sublimé avec 3 gr. de KI. Quinze jours après ce traitement les syphilides régressaient. Sorti le 1er avril 1882 presque totalement guéri.

Rentré le 25 mai pour des gommes multiples qui ont laissé des cicatrices sur l'avant-bras droit, la jambe droite et le sommet de la tête. Séjour de six semaines avec 2 et 3 pil. de sublimé et 4 gr. de KI. — Sorti le 8 juillet.

Rentré le 20 juillet pour gommes et onyxis (indicateur des deux mains et médius gauche). Même traitement, pansement Vigo. Sorti au bout de trois semaines.

Du 21 septembre au 7 avril, traitement de 4 mois 1/2 en trois fois pour des syphilides plantaires et du nez.

Étant sorti la dernière fois le 7 avril, il vient le 12 à la salle Saint-Louis et présente une langue dont je pris le schéma (Voir schémas 1 et 2 de cette observation).

Dans les parties desquamées, la muqueuse était complètement lisse, la surface était fauchée en prairie, les papilles rasées au lieu du velours de la langue. Il existait une partie de la muqueuse où les papilles avaient résisté, et cela ressemblait à une écharpe placée en sautoir sur la langue. La sensibilité était très grande, le malade croyait sa langue tuméfiée; sa parole était embarrassée et presque tous les aliments étaient douloureux.

Quinze jours après, les papilles apparaissaient et se recouvraient rapidement de leur couche épithéliale, la sensibilité disparaissait et au bout d'un mois la guérison était presque complètement terminée.

Glossite scléreuse, superficielle ou dermique. — Nous résumons ici la description de M. le professeur Fournier. Elle est caractérisée cliniquement par des indurations *superficielles,* étalées, *lamelleuses,* uniquement formées aux dépens du derme, les tissus sous-jacents restant indemnes.

Elle se présente sous deux formes :

1° Sous forme d'îlots ou plaques isolées, arrondies ou ovalaires, de la dimension d'une pièce de 20 centimes, quelques-unes plus petites, grandes comme une lentille ou un grain d'orge. Leur bord est parfois irrégulier, surtout quand elles siègent sur les bords de l'organe.

Elles donnent à la pression la sensation d'une rénitence insolite comme s'il existait dans la muqueuse un disque de parchemin ou de carton.

Leur surface présente les caractères suivants : Rougeur foncée, d'un ton cerise sombre ; aspect uni, lisse, comme dépapillé sans traces d'érosion.

Ajoutons que ces lésions sont généralement planes,

sans saillie appréciable, formant cependant parfois un petit relief papuleux.

La seconde variété ne diffère de la première que par la configuration de la lésion qui se présente sous forme de plaques continues de 2 à 5 centimètres carrés, parfois davantage.

La marche est essentiellement chronique et peut durer de longues années, quinze ans et même plus. Les plaques, à la longue, peuvent présenter un aspect blanchâtre dû à un processus scléreux qui s'établit dans l'intimité de la muqueuse, sans ulcération préalable. Dans ce cas, elles offrent un aspect parqueté dû à des sillons se croisant irrégulièrement dont les uns, les transversaux, sont plus marqués.

A la longue, comme épiphénomène, on observe habituellement des gerçures ou crevasses dues, non pas à un processus ulcératif de nature spécifique, mais à des ruptures ou déchirures mécaniques se produisant facilement sur une muqueuse désorganisée. Des excitations surajoutées, telles que le contact des aliments, de dents ébréchées, du tabac, font alors apparaître le symptôme douleur qui avait manqué jusqu'à présent. La cicatrisation est lente et les cicatrices se rouvrent d'une façon presque assidue, presque indéfinie.

Enfin, il existe une disposition normale de la langue qu'il faut bien connaître pour ne pas croire qu'elle est pathologique. La langue présente un certain nombre de sillons qui s'entrecroisent dans tous les sens. C'est ce que M. Fournier décrit sous le nom de *langue montagneuse* et les Lyonnais sous le nom de *langue scrotale;* mais les malades interrogés disent qu'ils ont toujours vu leur langue dans cet état et qu'ils n'en ont

jamais souffert. On ne constate en effet ni changement de coloration, ni lésions inflammatoires. C'est une disposition normale de laquelle le clinicien doit être prévenu.

TRAITEMENT

Le traitement ne peut être formulé d'une façon définitive, puisque l'anatomie pathologique est peu connue, puisque nous n'en connaissons pas la cause, et qu'aucun traitement empirique n'a abouti, jusqu'à présent, à une guérison certaine.

Au point de vue du traitement local, il faudrait peut-être revenir au soufre ou à un de ses composés qui paraît avoir donné quelques résultats à Unna, bien qu'il ait échoué entre nos mains.

Si les dents sont mauvaises, il est indispensable de les soigner tout d'abord et d'entretenir une propreté absolue de la bouche.

L'anatomie pathologique, bien que très incomplète, nous donne tout lieu de croire à l'inflammation superficielle du derme, ce qui est une indication aux gargarismes émollients et aux pulvérisations. Il est urgent, pour le même motif, de supprimer d'une façon absolue toutes les causes irritantes *tabac, épices, alcool,* etc.).

Enfin le traitement général s'adressera à la constitution pathologique du sujet.

Nous n'osons proposer aucun traitement, en dehors de ceux indiqués ci-dessus. Cependant, si le malade exigeait absolument une intervention, nous serions tenté de faire quelques légères scarifications de la langue.

CONCLUSIONS.

1° Nous croyons la nouvelle dénomination de cette maladie suffisamment justifiée par ses symptômes et son évolution.

2° Les doctrines émises sur l'étiologie, jusqu'à ce jour, ne sont nullement justifiées : en tous cas, si la syphilis héréditaire y entre pour quelque chose, on ne peut l'invoquer dans la majorité des cas.

3° Le type de cette affection est assez tranché pour qu'on puisse, sinon au premier examen, du moins au bout de quelques jours, la distinguer des maladies qui peuvent la simuler.

4° Cette glossite exfoliatrice est essentiellement bénigne, puisqu'on ne l'a jamais vue dégénérer en une maladie plus grave, *même à un âge avancé,* et malgré des causes irritantes persistantes et une absence complète de traitement.

BIBLIOGRAPHIE

V. GAUTIER. — *De la desquamation épithéliale de la langue.* Genève, H. Georg, libraire-éditeur. Chromolithographie et planches gravées.

RAYER. — *Traité des maladies de la peau,* t. II, p. 167. Paris, 1831.

MŒLLER. — *Klinische Bemerkungen ueber einige wemiger bekannte krankleiten kankleiten der, zunge* Deutsche klinik, BS. III, S. 273, Berlin, 1851.

SANTLUS. — *Journal für Kinder Krankheiten* B D. XXIII, S. 161, Erlangen, 1854.

BETZ. — *Ueber chronische Exkoriationem auf der zunge der kinder*, *Journal für kinderkrankleiten,* BD. XX, S. 190, Erlangen, 1853.

BERGERON. — Société médicale des hôpitaux. Séance du 11 mai 1864.

GUBLER. — Article Bouche du *Dictionnaire* de Dechambre. *État lichénoïde de la langue.* 1re série, t. X, p. 234.

BRIDOU. — *Sur une affection innominée de la langue.* Thèse de Paris, 1872, t. III.

ALIBERT. — *Desquamation épithéliale de la langue. Gaz. des hôpitaux,* 1875, p. 806.

VANLAIR. — *Du lichenoïde lingual. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie,* 4e année, janvier et mars 1880, pages 51 et 227, Paris, planches gravées.

PARROT. — Réponse de M. le professeur Parrot à une lettre de M. Vanlair dans le *Progrès médical,* 11 juin 1881, p. 471.

CASPARY. — *Ueber flüchtige gutartige plaques der zungenschleimhaut,* Vierteljahrschrift für dermatologie und syphilis, 1880, S: 183, avec chromolithographie.

SCHWIMMER. — Die idiopolhischen schleimhaut plaques der mundhohle. *Leukoplakia buccalis. Vierteljahressch für dermatologie und syphilis,* 1877, S. 511 et 1878, S. 53.

VOGEL. — *Handbuche der spec. path. u. ther. von Ziemssem,* BD. VII, S. 25.

PARROT. — *La syphilis desquamative, Progrès médical* du 12 mars 1881, n° XI.

UNNA. — Ueberkreisfleckige exfoliation der kohlhand und der zunge (*exfolatio areata palmæ manus et exfolatio areata linguæ*) *Vierteljahrressch für dermatologie und syphilis,* 1881, S. 295.

FOURNIER. — *Leçon clinique.*

DAMASCHINO. — *Gazette hebdomadaire* du 16 juillet 1880.

SAISON. — *Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue.* Thèse de Paris, 1871, t. IX.

CHARCOT. — *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. I.

VULPIAN. — *Leçons sur les vaso-moteurs.*

WEIR-MITCHELL. — *Lésions des nerfs.* Traduction Dastre. Paris, 1874.

LELOIR. — *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse.* Thèse de Paris, 1882.

BAZIN. — *Affections cutanées de nature arthritique et dartreuse,* 2e édition, p. 272.

DEBOVE. — *Le psoriasis buccal.* Thèse de Paris, 1873.

MAURIAC. — *Du psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale. Union médicale,* 1873-74.

LAILLER. — *Leçons sur quelques affections cutanées,* 1877, p. 55.

FAIRLIE-CLARKE. — *A treatise on the diseases of the tongue,* 1873, p. 95.

TRÉLAT. — Rapports entre le psoriasis et l'épithélioma de la langue. (Société de chirurgie, 8 décembre 1878.)

VERNEUIL. — Épithélioma de la langue succédant au psoriasis (*Tribune médicale,* 1876).

VIDAL. — *De la leucoplasie buccale.* (*Union médicale,* 1883, nos 1 et 4.)

DUHRING. — *Traité des maladies de la peau*, traduit par les docteurs Barthélemy et Colson, p. 370.

MERKLEN. — *Le psoriasis buccal de Bazin* (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie,* 1883, p. 157 et 216).

FOURNIER. — *Des glossites tertiaires.*

FOURNIER. — *Leçons sur la syphilis professées à Lourcine.* 1re édition, p. 564.

CORNIL. — *Leçons sur la syphilis faites à l'hôpital Lourcine*, 1879, p. 127.

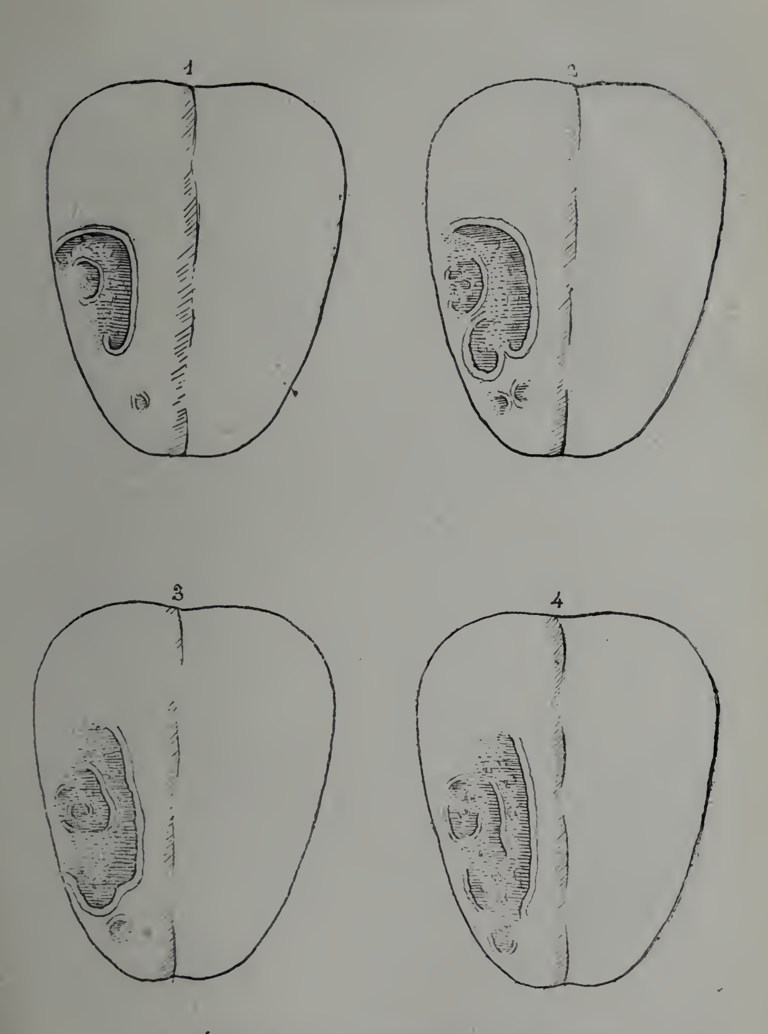
EXPLICATION DES SCHÉMAS EN GÉNÉRAL

1° Le liseré est indiqué par deux traits.

2° Les hachures indiquent la partie nouvellement dépapillée.

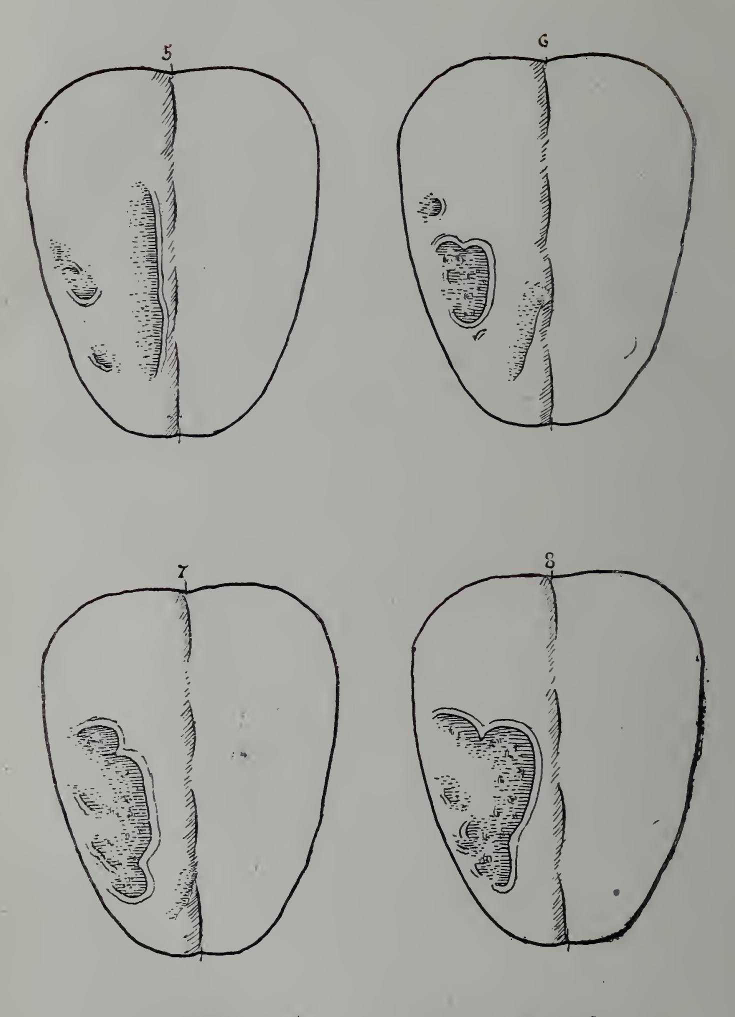
3° Le pointillé indique l'épithélium en voie de réparation.

OBSERVATION I.



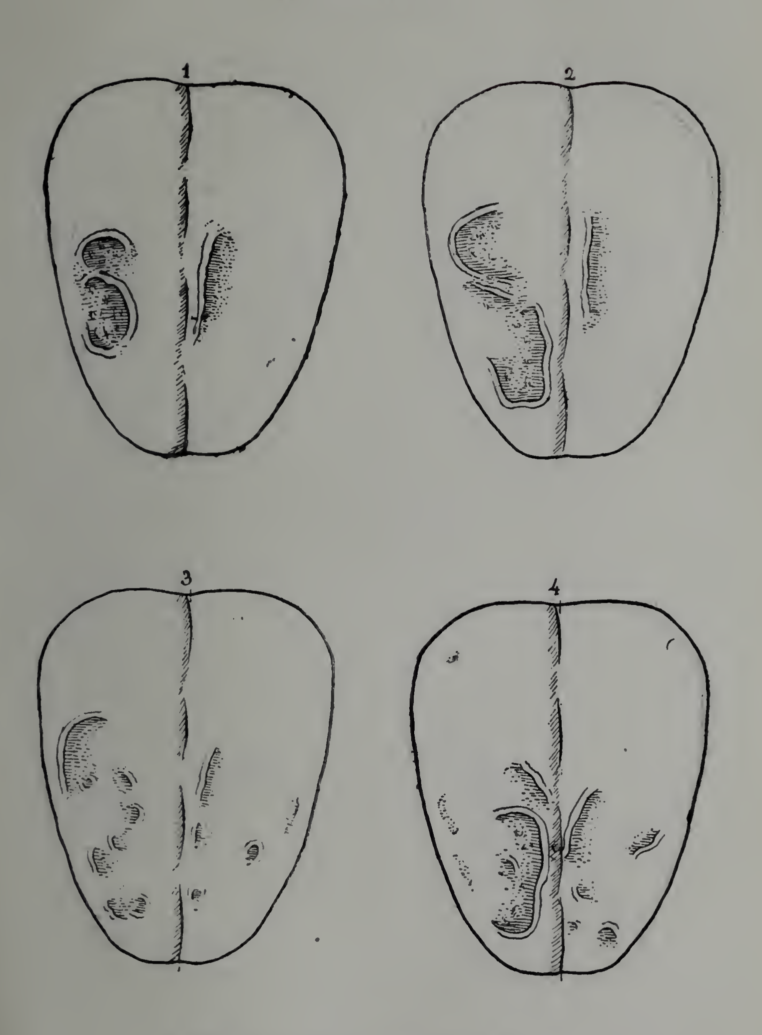
1. État de la langue au 31 mars.
2. » » 2 avril.
3. » » 3 avril.
4. » » 4 avril.

OBSERVATION I.



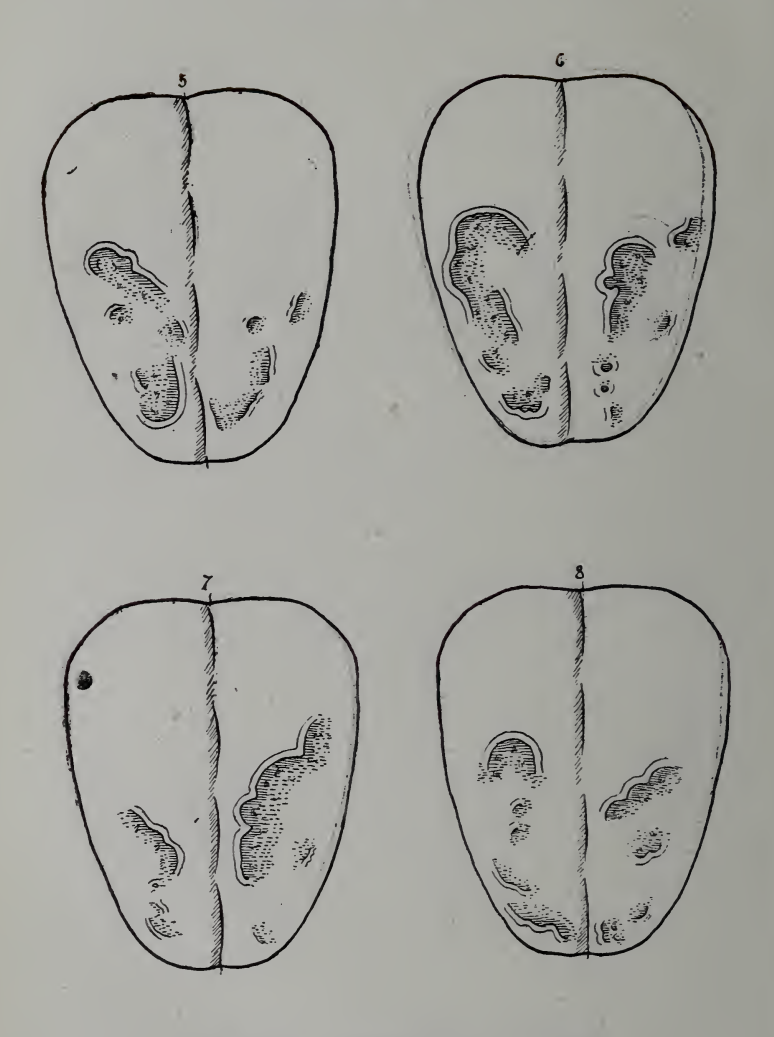
5.	État de la langue au		6 avril.
6.	»	»	9 avril.
7.	»	»	10 avril.
8.	»	»	11 avril.

OBSERVATION II.



1. État de la langue le 23 mars.
2. » » 24 mars.
3. » » 25 mars.
4. » » 31 mars.

OBSERVATION II.



5. État de la langue le 2 avril.
6. » » 5 avril.
7. » » 6 avril.
8. » » 13 avril.

OBSERVATION III.



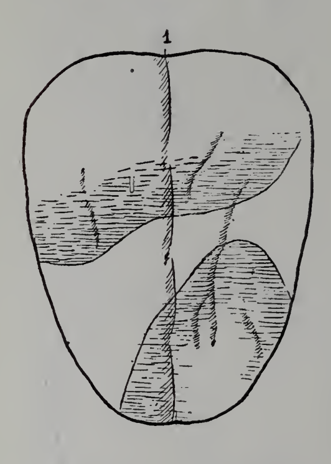
1. État de la langue le 5 avril.
2. » » 6 avril.
3. » » 10 avril.
4. » » 11 avril.

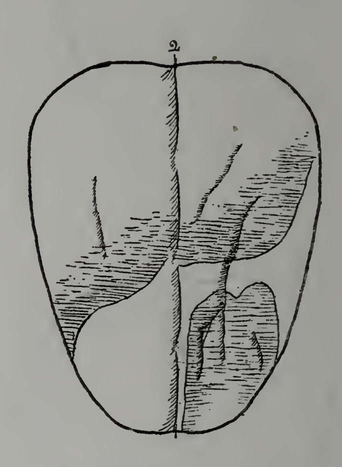
OBSERVATION DE GLOSSITE DÉPAPILLANTE SYPHILITIQUE

1° La partie non ombrée représente la surface muqueuse non desquamée.

2° La partie recouverte de hachures horizontales indique la surface de la langue dépapillée et lisse.

3° Les traits limités par des hachures obliques indiquent des sillons profonds à bords un peu mousses.





1. État de la langue le 24 avril.
2. — — le 12 avril.

EXPLICATION DES FIGURES

PLANCHE I

Fig. 1. — Prise sur un moulage exécuté par M. Baretta, il y a sept ans (malade de l'obs. II).

Fig. 2. — Dessinée sur nature par M. Karmanski.

PLANCHE II

Fig. 1. — Prise sur un moulage exécuté par M. Baretta (malade de l'obs. I).

Fig. 2. — D'après un moulage exécuté par M. Jumelin.

Ces moulages sont déposés au musée de l'hôpita Saint-Louis (collection particulière de M. le professeur Fournier).

Châteauroux. — Typographie et Stéréotyp. A. MAJESTÉ.

PL. I



Fig. I.



Fig. II.

K[illegible]manski del. et lith.

Imp. Lemercier et Cie Paris

PL. II

Fig. I

Fig. II